rating Room.
Hospital.

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DE

GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

GYNÉCOLOGIE

1er VOLUME

GENÈVE
IMPRIMERIE W. KÜNDIG & FILS

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DE

GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

2me SESSION — GENÈVE — SEPTEMBRE 1896



GYNÉCOLOGIE

1er VOLUME

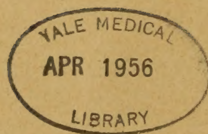
COMPTES-RENDUS

PUBLIÉS PAR

M. le Docteur BÉTRIX, Secrétaire général.



GENÈVE
GEORG & Cᵒ, LIBRAIRES DE L'UNIVERSITÉ
1897


YALE MEDICAL
APR 1956
LIBRARY

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DE

GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

2me SESSION — GENÈVE — SEPTEMBRE 1896

SOUS LE PATRONAGE DU CONSEIL FÉDÉRAL SUISSE

ET DU CONSEIL D'ÉTAT

DE LA RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

PRÉSIDENTS D'HONNEUR

ayant accepté leur nomination :

SUISSE

M. A. Lachenal, président de la Confédération Suisse, représentant le Conseil fédéral.

M. E. Richard, chef du Département de l'Instruction publique, représentant le Conseil d'État du Canton de Genève.

MM. les Professeurs Drs :

Bumm, Bâle.
Muller, Berne.
Rapin, Lausanne.
J. Reverdin, Genève.
Roux, Lausanne.
Wyder, Zurich.

BELGIQUE

MM. les Professeurs Drs :

van Cauwenberghe, Gand.
Charles, Liège.
Debaisieux, Louvain.
T. Fraipont, Louvain.
E. Hubert, Louvain.
Hyernaux, Bruxelles.
E. Kufferath, Bruxelles.
de Roubaix, Bruxelles.
A. von Winiwarter, Liège.

FRANCE

MM. les Professeurs Drs :

Bouilly, Paris.
Budin, Paris.
L. Championnière, Paris.
Charpentier, Paris.
Duplay, Paris.
Duret, Lille.
Grynfeldt, Montpellier.
Hergott, Nancy.
Lanelongue, Bordeaux.
Laroyenne, Lyon.
Le Dentu, Paris.
Porak, Paris.
Pozzi, Paris.
Queirel, Marseille.
Tarnier, Paris.

ANGLETERRE

MM. les Professeurs Drs :

Alexander, Liverpool.
Robert Barnes, Londres.
Berry Hart, Edinbourg.
Byers, Belfast.
Cameron, Glasgow.
Croon, Edinbourg.

MM. les Professeurs Drs :

Cullingworth, Londres.
Galabin, Londres.
Godson, Londres.
Arthur-V. Macan, Dublin.
Robson-Mayo, Leeds.
Sir Priestley, Londres.
Savage, Birmingham.
Simpson, Edinbourg.
Sinclair, Manchester.
Tait Lawson, Birmingham.

ALLEMAGNE

MM. les Professeurs Drs :

Dohrn, Königsberg.
Freund, sen., Strasbourg.
Fritsch, Bonn.
Hegar, Fribourg en Brisg.
Hofmeier, Würzbourg.
Küstner, Breslau.
Leopold, Dresde.
H. Löhlein, Giessen.
A. Martin, Berlin.
M. Sænger, Leipzig.
J. Veit, Leiden.
Werth, Kiel.
von Winckel, Munich.
Zweifel, Leipzig.

AUTRICHE-HONGRIE

MM. les Professeurs Drs :

Gustave Braun, Vienne.
Chrobak, Vienne.
Ehrendorfer, Innsbruck.
Kérmarszky, Budapest.
A. Mars, Cracovie.
Rokitansky, Graz.
Schauta, Vienne.

AMÉRIQUE

MM. les Professeurs Drs :

B.-F. Bær, Philadelphie.
J. Baldy, Philadelphie.
Chadwick, Boston.
G.-M. Edebohls, New-York.
J.-H. Etheridge, Chicago.
Jos. Taber Johnson, Washington.
Howard Kelly, Baltimore.
Lusk, New-York.
Mac Monagle, San Francisco.
P. Mundé, New-York.
L.-S. Mac. Murtry, Louisville.
N. Parvin, Philadelphie.
W.-M. Polk, New-York.
Charles-A.-L. Reed, Cincinnati.
Alex. Skene, Brooklyn.
W.-Gill. Wylie, New-York.

RUSSIE

MM. les Professeurs Drs :

Fenomenoff, Kazan.
Jastrebow, Varsovie.
Makeiew, Moscou.
von Ott, St-Petersbourg.
Rein, Kiew.
Slawiansky, St-Petersbourg.
Sneguirew, Moscou.
Tolotchinow, Karkow.

ESPAGNE

M. le Professeur Drs :

de Cortejarena, Madrid.

ITALIE

MM. les Professeurs Drs :

G. Calderini, Bologne.
L. Mangiagalli, Milan.
Morisani, Naples.
Pasquali, Rome.
E. Pestalozza, Florence.
Tibone, Turin.

HOLLANDE

MM. les Professeurs Drs :

Halbertsma, Utrecht.
Mendès de Léon, Amsterdam.
Treub, Amsterdam.

FINLANDE

MM. les Professeurs Drs :

Otto Engström, Helsingfors
G. Heinricius, Helsingfors.

SUÈDE

MM. les Professeurs Drs :

Lindfors, Upsala.
Netzel, Stockholm.
Salin, Stockholm.
Ullmann, Gothenbourg.

NORVÈGE

MM. les Professeurs Drs :

Schonberg, Christiania.
Vedeler, Christiania.

DANEMARK

MM. les Professeurs Drs :

F. Howitz, Copenhague.
Stadfeldt, Copenhague.

GRÈCE

M. le Professeur Dr :

Consolas, Athènes.

DÉLÉGATIONS OFFICIELLES
DES GOUVERNEMENTS ÉTRANGERS

Gouvernement Français.

M. le Dr Charpentier, membre de l'Académie de Médecine.

Gouvernement Italien.

M. le Prof. Ottavio Morisani, de Naples.

Gouvernement Belge.

MM. le Dr Popelin, de Bruxelles.
le Prof. Tournay, de Bruxelles.

Gouvernement Espagnol.

MM. le Dr Gutierez, de Madrid.
le Dr A. Planellas, de Valence.

Gouvernement Suédois.

M. le Dr-Prof. Lindfors, d'Upsal.

Gouvernement des Etats-Unis d'Amérique.

MM. les Prof. William-H. Baker, de Boston.
George Ben Johnson, de Richmond.
Eugène Gehrung, de St-Louis.
Fernand Henrotin, de Chicago.
Howard Kelly, de Baltimore.
Levis Mc. Murtry, de Louisville.
Theophilus Parvin, de Philadelphie.
William Polk, de New-York.
Charles Reed, de Cincinnati.
Nicholas Senn, de Chicago.
Jos. Taber Johnson, de Washington.

Gouvernement de la République Argentine.

MM. les Drs Gregorio Areoz Alfaro.
Enrique Bazterrica.

DÉLÉGATIONS OFFICIELLES

DES

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS

British gynæcological Society.

MM. Granville Bantock.
Fancourt Barnes.
Schacht.
Travers.

Obstetrical Society of London.

MM. F.-H. Daly.
Alban Doran.
Sir William Priestley. M. P.

Glasgow Obstetrical and Gynæcological Society.

M. le Prof. Cameron.

Edimburgh Obstetrical Society.

M. le Prof. A.-S. Simpson.

Obstetrical Section of the Royal Academy of Medecine in Ireland.

MM. A.-V. Macan.
W. E. Smyly.

Société obstétricale et gynécologique de Paris.

MM. Charpentier.
Nitot.
Olivier.
Pichevin.
Porak.
Richelot.

Société de Gynécologie de St-Pétersbourg.

MM. les Prof. D. de Ott.
R. de Slawiansky.

Société d'obstétrique et de Gynécologie de Moscou.

M. M. de Strauch.

Société italienne de Gynécologie et d'Obstétrique.

MM. les Prof. E. Pasquali.
La Torre.

American Gynæcological Society.

MM. Chadwick, président.
H.-G. Boldt.
Palmer Dudley.
Edebohls.
Etheridge.
F. Henrotin.
Taber Johnson.
MM. Kelly.
Krug.
Lusk.
Parvin.
Polk.
Sutton.

Américan Association of Gynæcologist and Obstetricians.

MM. L.-L. Mc. Murtry.
Charles.-A.-L. Reed.

Société Gynécologique espagnole.

M. le Dr D. Eugenio Gutierrez, de Madrid, vice-président de la Société gynécologique.

Académie de médecine de Madrid.

M. le Dr de Cortejarena, président de la Société gynécologique.

Académie et laboratoire des Sciences médicales de Catalogne.

M. le Dr D. Miguel A. Jargas.

Académie médico-pharmaceutique de Barcelone.

M. le Dr D. Sebastian Requerrens.

Institut médical de Valence.

M. le Dr Alexandro Planellas.

Société belge de Gynécologie.

MM. le Prof. Tournay, président.
Debaisieux, vice-président.
Popelin, secrétaire.
Nirot.

Sociétés des Sciences médicales de Lisbonne.

MM. les Drs Gregorio Rodriguez Fernandez.
Manuel Bordallo Pinheiro.

Union médicale de Porto.

MM. les Drs da Silva Jones.
Gregorio Rodriguez Fernandez.
Manuel Bordello Pinheiro.

COMITÉ D'ORGANISATION

confirmé au cours de la séance d'inauguration du Congrès :

Président : M. le professeur Auguste Reverdin.
Vice-président : M. le docteur Chenevière.
Secrétaires généraux : M. le docteur Bétrix, privat-docent à l'Université.
» » M. le docteur Cordes, privat-docent à l'Université.
Trésorier du Comité : M. le docteur Bourcart, privat-docent à l'Université.
Secrétaire-adjoint : M. le docteur de Seigneux.
Secrétaire du Comité : M. le docteur Keser, privat-docent. à l'Université.
Membres du Comité :
M. le docteur Andreæ.
» » Fontanel.
» » Ferrière.
» » Gampert.
» » Gautier.
» » Jeandin.
» » Jeanneret.
» » Kummer, privat-doc. à l'Université.
» » Thomas.
» » L. Wartmann.

SECRÉTAIRES SPÉCIAUX DU CONGRÈS

Pour la France. — M. Doléris, accoucheur des hôpitaux, boulevard de Courcelles, 20, Paris.

» l'Allemagne. — M. le professeur Dœderlein, Hospitalstrasse, 10, Leipzig.

» l'Angleterre. — M. J.-H. Targett, 6, St Thoma's Street, London Bridge 5, E. London.

» les Etats-Unis. — M. Henrotin, La Salle avenue, 353, Chicago.

» l'Autriche-Hongrie. — M. Egon Braun von Fernwald, 6, Wasagasse, IX, Vienne.

» la Russie. — M. Fischer, Gr. Samson Perspective, 9, St-Petersbourg.

» l'Italie. — M. La Torre, Via XX Settembre, 8, Roma.

» la Belgique. — M. Popelin, Place des Barricades, Bruxelles.

» la Suisse. — M. Muret, rue du Midi, 3, Lausanne.

» la Hollande. — M. Nyhoff, Prinzengracht, 711, Amsterdam.

» la Suède. — M. Westermark, Stockholm.

» la Norwège. — M. Christie, Bergen.

» l'Espagne. — M. Planellas, Calle del Gubernatar Vejo, 1, Valencia.

» la Finlande. — M. Torngren, Helsiugfors.

» la Turquie. — M. Chahbazian, Rue Saksi, 2, Péra, Constantinople.

» le Portugal. — M. Silva Jones, R. Augusta, 194, Lisbonne.

» le Danemark. — M. Wilh. Lauritzen, Ameliegade, 23, Copenhague.

» la Grèce. — Coromilas, Calamata.

MEMBRES FONDATEURS

DES CONGRÈS INTERNATIONAUX PÉRIODIQUES

DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Albert, professeur à l'Université. Autriche (Vienne), 7, Maximilianplatz, IX.

Ashton, W.-Easterly, Prof. of gynecology, medico-chirurgical college of Philadelphia. Gynecologist to medico-chirurgical and Philadelphia Hospitals. U. S. A. (Philadelphia(, 2011, Walnut Street.

Auvard, accoucheur des hôpitaux, France (Paris), rue de la Boëtie, 58.

Baker, W.-H. professor of Gynecology Harvard University. U. S. A. (Boston), 22, Mount Vernon street (Massachusetts).

Baldy, J.-Montgomery, Prof. of Gynecology Philadelphia Policlinic. Surgeon to the Gynecean Hospital. Gynecologist to the Pennsylvania Hospital. U. S. A. (Philadelphia), 1722, Chestnut street.

Beckwith, Frank-E., Fellow of N. Y. Acad. of Med., Fellow of. British Gynecol. Soc., Member of Connecticut Med. Soc., U. S. A. (New Haven, Connecticut), 139, Church Street.

Bétrix, A., privat-docent à l'Université, Suisse (Genève), rue du Rhône, 52.

Boldt, Hermann-J., Professor of Diseases of Women. New York Post Graduate School and Hospital. Gynecologist to the German Policlinic. Gynecologist to St. Marsk Hospital. — 51 West 52d Street (New York City,) U. S. A.

Bossi, Louis-Marie, prof. et directeur de la clinique d'obstétrique de l'Université de Gènes. Italie. (Gènes), via Assarotti, 20.

Bourcart, M., privat-docent à l'Université, Suisse (Genève), rue de la Tour-de-l'Ile, 4.

Byford, Henry-T., Professor of Gynecology and Clinical Gynecology in the College of Physicians and Surgeons of Chicago; Professor of Clinical Gynecology in the Women's Medical School of the Northwestern University; Professor of Gynecology in the Post Graduate Medical School of Chicago. — (Chicago, Illinois), 36, Washington Street, U. S. A.

van Cauwenberghe, 5, nouvelle rue du Casino, Gand, Belgique.

Chadwick, James-Read, Librarian of Boston medical Library, President of the Massachusetts Cremation Society, President of the obste-

trical society of Boston. President of the Americ. Gynec. Soc. U. S. A. (Boston.) 270, Clarendon Street.

Cittadini, Lucien, Belgique (Bruxelles), 198, rue de la Loi.

Coelho, Sabino, Portugal, (Lisbonne), 45, Piazza de D. Pedro.

Condamin, R., prof. agrégé de la Faculté de Lyon, assistant du prof. Laroyenne, France (Lyon), place Bellecour, 37.

Cordemans, médecin-adjoint des hôpitaux, Belgique (Bruxelles), rue de la Montagne, 25.

Cordes, A.-E., ex-chirurgien adjoint à la maternité, privat-docent, Genève (Suisse), 12, rue Bellot.

Christen, E., maire de Vaucresson, Seine et Oise, France.

Davis, Edward-P., Clinical prof. of obstetrics Jefferson medic. college, Prof. of obstetrics Philadelphia Policlinic, clinical prof. of Pediatrics Women's med. college, visiting obstetrician to Philadelphia Hospital, Physician to childrens depart. of Howard Hospital, U. S. A. (Philadelphia), 250, South 21st street.

Debaisieux, Th., chirurgien des hôpitaux, professeur à l'Université de Louvain, Belgique (Louvain), rue Léopold, 14.

Descamps, J., chirurgien des hôpitaux civils, Belgique, (Mons), rue des Telliers, 6.

Desguin, Léon, chirurgien des hôpitaux civils, Belgique (Anvers), rue Léopold.

Dewandre, chirurgien des hôpitaux, Anvers, rue du Ciel, 20.

Dewees, W.-B., Salina, Kansas, U. S. A.

Doyen, France (Reims), 5, rue Cotta.

Dudley, Emilius, Clark, Professor of Gynecology, Chicago Medical College. Gynecologist to the St. Luke's Hospital. — 1619 Indiana Avenue, Chicago, (Illinois), U. S. A.

Dudley, A. Palmer, Professor of Diseases of Women, New York Post-Graduate School and Hospital; Gynecologist to Harlem Hospital. Amérique (New-York,) 678, Madison Avenue.

Edebohls, George-M., Professor of Diseases of Women, New York Post Graduate School and Hospital; Gynecologist to the St. Francis Hospital, 59 West 49th Street U. S. A. (New York).

Emmet, John-Duncan, Assist. Surgeon to the Woman's Hospital of the State of New-York, Amérique, (New-York), 9, Madison avenue.

Engelmann, G.-J., Formerly Professor of Diseases of Women, and Operative Midwifery, Missouri medical College and Ex-President of Southern Gynecological Society. — 336, Beacon street (Boston), Massachusets, U. S. A.

Engström, Otto, professeur extraordinaire, Finlande, (Helsingfors), N., Esplanadgatan, 31.

Etheridge, James. H., Professor of Gynecology and Obstetrics, Rush Medical College of Chicago; Gynecologist to the Presbyterian Hospital; Consulting Gynecologist to St. Josephs Hospital; Professor of Gynecology, Chicago Policlinic; Vice Président (1896) of the American Gynecological Society. — 1634 Michigan Avenue (Chicago), Illinois. U. S. A.

Fenger, Christian, professor of Clinical Surgery, Chicago Medical

College; Professor of Surgery. Chicago Policlinic; Surgeon to Mercy Hospital; Emergency Hospital; and German Hospital. — 269 La Salle Avenue (Chicago), Illinois. U. S. A.

Frankenthal, Lester-E., gynecol. to St-Lukes Hospital. Obstetrician to Michael Reese Hosp., Gyn. to Michael Reese Hosp. Dispensary gyn. to united Hebrew Dispens. Member of the Chicago Med. Soc., gynecolog. soc., medico-legal soc. U. S. A. (Chicago). 3236. Michigan Avenue.

Gehrung. Eugene. C., President of the St. Louis Obstetrical and Gynecological Society. — N. E. Corner of Westminster Place and Vandeventer Avenue. (St. Louis). Michigan. U. S. A.

Goldspohn, Albert, prof. of gyn., Post graduate med. School of Chicago. Attending gynecol. to the German Hospital. Attending gynecol. to the Post graduate Hospital. Attending gynecol. to the Charity Hospital. U. S. A. (Chicago), 519, Cleveland Avenue.

Griffith. J.-D., Corner 11th and Washingtonstreet U. S. A. (Kansas-City) U. S. A. Missouri. Rialto Building. 9th and Grand. Av.

Henrotay, J., Prof. à l'Université nouvelle de Bruxelles, Belgique, (Anvers). rue Quellin, 42.

Henrotin, Fernand, Professor of Gynecology, Chicago Policlinic; Senior Surgeon, Alexian Brothers Hospital; Consulting Gynecologist, St. Josephs' Hospital; Gynecologist, St. Luke's Hospital, and Vice President American Gynecological Society, 1896. Secrétaire Général du Congrès pour l'Amérique. — 353 La Salle Avenue Chicago, Illinois. U. S. A.

Hubert, professeur d'obstétrique à l'Université de Louvain. Belgique. Louvain, rue Léopold, 13.

Jacobs, C., agrégé à l'Université, professeur de gynécologie à la Policlinique de Bruxelles. (Belgique), Bruxelles, boulevard de Waterloo, 53.

Janvrin. Joseph-E., gynecolegist to the New-York cancer and skin Hospital. Consulting Surgeon to the St-Elisabeth Hospital. President New-York Conty medical Association (1896). U. S. A. (New-York city), 191, Madison avenue.

Jewett, Charles, A. M., M. D., prof. obst. and Pediat. L. I College. Obstetrician to the L. I. C. Hospital. Consulting to the Kings Co. Hospital. Consulting Pediatrist St. Mary's Hospital. Gynecologist to BK. Hosp.-Consulting Gynecologist to Bushwick Hospital, etc., U. S. A. (New-York). 330, Clinton avenue, Brooklyn.

Johnson, Joseph-Taber. Prof. of Gynecology University of Georgetown, gynecologist to the Providence Hospital. President of the Women Dispensary. Presid. of the medic. Society of the district of Columbia 1887. President of the Washington obstetrical and gynecological Society. 1896. U. S. A. (Washington). 924. Farragut square.

Kellogg, J.-H., Member of the British Gynecological Society; Superintendent of the Battle Creek Sanitorium. — Battle Creek. Michigan. U. S. A.

Kelly, Howard-A., Professor of Gynecology and Obstetrics in John Hopkins University, Gynecologist and Obstetrician to the John Hopkins Hospital. Consulting Surgeon to the Kensington Hospital for Women Philadelphia. U. S. A. (Baltimore), 1415, Eutaw Place.

Kocks, J., docent à l'Université de Bonn, Allemagne — Bonn a/R., Kronprinzenstrasse, 4.

Koeberlé, E., Allemagne, (Strasbourg).

Krug, Florian, Gynecologist to the German Hospital, Professor of Gynecology. New York Policlinic. U. S. A. (New-York, N° 13, East, 41st Street).

Kufferath, professeur d'obstétrique à l'Université de Bruxelles. — Bruxelles, rue Joseph II, 20.

Landau, professeur à l'Université de Berlin. — Berlin, Dorothenstr, 54.

Lauwers, E., Belgique — Courtrai, rue de Buda, 21.

Lewis, Ernest, professor of gynecology of Tulane University, President of the Southern Surgical and Gynec. society. U. S. A. New-Orleans, 829 St. Charles street.

Loin, adjoint à la Maternité de Bruxelles, (Belgique) Bruxelles, rue des Fabriques.

Lusk, William. T., professor of Obstetrics, of Diseases of Women and Children and of Clinical Midwifery, Bellevue Hospital Medical College; Physician to Bellevue Hospital; Consulting Surgeon to the Maternity Hospital; Visiting Physician to the Maternity Lying-in Hospital; President of the American Gynecological Society (1894). — 47, East 34th Street (New York), City, New York, U. S. A.

MacLaren, Archibald. Clinical Prof. of. gynecology Minnesota State University. Member of the Minnesota Academy of Medicin, gynecologist to the city Hospital and St-Joseph's Hospital Surgeon to the St-Lukes Hospital, U. S. A. (St-Paul), 350, St-Peter street.

MacMonagle. Beverly — Crocker. Building, U. S. A. (San Francisco).

Mann, Mathew, D., Professor of Obstetrics and Gynecology, Obstetrician to the Buffalo General Hospital; President of the american Gynecological society 1894-95. U. S. A. (Buffalo), 37,Allen street.

Martin, A.,prof. extraord. à l'Université de Berlin, — Alexander Ufer, 1. (Berlin).

Mendes de Léon, M.-A., privat-docent, Hollande (Amsterdam), Sarphate straat, 1h.

Montgomery, E.-Edward, Prof. of Clinical gynecology, Jefferson medic. college, gynecologist to Jeffer. med. Coll. and St-Joseph's Hospital, Obstetr. to the Philadelphia Hospital. U. S. A. (Philadelphia), 1715, Walnut street.

Murphy, J.-B., professor of Surgery, College of Physicians and Surgeons of Chicago, Professor of Surgery, Post Graduate medical school, Attending Surgeon to the Alexian Brothers, Cook County and Mercy Hospitals. — 44 Throop Street (Chicago). Illinois, U. S. A.

Newman, Henry-Parker, A. M. M. D., Prof. of Clinical gynecology in the College of Physicians and Surgeons of Chicago; Prof. of gynecology in the Post graduate medical school. Attending Surgeon to St-Elisabeth Hospital and West side Hospital. Surgeon (Dep. of

Diseases of Women) to the Chicago Hospital. Surgeon in chief to the Marion Sims Sanitorium of Chicago. Vice President of the Chicago gynecological Society, etc., etc., U. S. A. (Chicago), 492, Adams street.

Noble, Charles-P., Surgeon to the Kensington Hospital for Women; Prof. of Gynecology Philadelphia Policlinic, (U. S. A.) Philadelphia, 2134 Hancock Street.

de Ott, Dmitri, professeur de gynécologie, vice-président de la Société de gynécologie de Saint-Pétersbourg, Russie (Saint-Pétersbourg), 26, Perspective de Zagorodnogy.

Parvin, Theophilus, Professor of Obstetrics and of the Diseases of Women and Children in the Jefferson Medical College; President of the American Gynecological Society, (1893). — 1626 Spruce Street (Philadelphia), Pensylvania. U. S. A.

Péan, membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux. — Paris, 24, boulevard Malesherbes.

Penrose, Charles, Bingham. Prof. of gynecology University of Pensylvania. Gynecologist to the University Hospital, Surgeon to the Gynecean Hospital. U. S. A. (Philadelphia), 1331, Spruce street.

Pfannenstiel, J., Prof. à l'Université, Allemagne (Breslau), Tauentzinstr. 84 *bis*.

Polk, William, M., Professor of Obstetrics and Diseases of Women and Children, University of the City of New York, Physician to Bellevue Hospital, and to the Emergency Lying-in Hospital; Consulting Gynecologist to St-Luke's and St Vincent's Hospitals; President of the American Gynecological Society, 1896, U. S. A. New-York, 7, East, 36th Street.

Popelin, F. (Bruxelles,) Belgique, place des Barricades.

Porro, Eduardo, senatore del regno, direttore della scuola di ostetricia in Milano (Milan), Italie, 31, via Francesco Sforza.

Pryor, William, prof. of gynecology, at the New York Policlinic, Visiting Surgeon to the City Hospital, Department of Gynecology; Visiting Gynecologist to St Elisabeth Hospital, U. S. A. (New-York), 15 Park Avenue.

Reed, Chas A. L. Woodburn avenue, Walnut Hills, U. S. A. (Cincinnati),

Rein, G., professeur à l'Université impériale, (Kiew) Russie.

Reverdin, Aug., prof. à l'Université, Suisse (Genève).

Reynolds, Gérome-W., Gynecologist to St-Joseph's Hospital, U. S. A. (Chicago), 315, Webster avenue.

Ross, J.-F.-W., Fellow of the British Gynecological Society, of the American Association of Gyn. and Obst., of the Edinburgh Obstetr. Society. Gynecologist to the Toronto Hospitals for Women. Lecturer in Gynecology Women's medical college of Toronto. Canada. 481 Sherbourne street (Toronto) Ontario.

Rouffart, chirurgien-adjoint des hôpitaux de Bruxelles, agrégé suppléant à l'Université. Bruxelles, boulevard du Régent.

Ruggi, G., Italie (Bologne), 16, via Barberia.

Segond, P., Paris, 11 quai d'Orsay.

Senn, Nicholas, Professor of Surgery Rush medical College of Chicago; Attending Surgeon of the Presbyterian Hospital and Surgeon in Chief of St-Joseph's Hospital: President of the American Surgical Association 1892; Professor of surgery, Chicago Policlinic. U. S. A. (Chicago),532 Dearborn Illinois. U. S. A.

Skene, Alexander. J. C., Professor of the Medical and Surgical Diseases of Women; Long Island College Hospital; President of the American Gynecological Society, (1886). U. S. A. 167 Clinton Street, Brooklyn.

Slawiansky. professeur d'obstétrique et gynécologie à l'Académie Impériale de médecine de Saint-Pétersbourg. Russie (St-Pétersbourg,) rue Listeinaia, 24.

Stevenson, Sarah, Hakett, Professor of obst. wom. med. Sc. of the Northern University. 341 Rush st. (Chicago,) Illinois. U. S. A.

de Strauch, M., Russie (Moscou), Maroseika, Kosmodamjanski pereoulok dom Tschernowa, Kwartira, 32.

Sutton, R.-Stansbury, Surgeon of Terrace Bank, Sanitarium for Women, U. S. A. 419 Penn Avenue (Pittsburg), Pennsylvanie

Tait, Lawson, M. D. L. S. D., F. R. C. S., the Crescent 7 (Birmingham).

Treub, H., professeur à l'Université, Hollande (Amsterdam), 558 Keisergracht.

Tuholske, H., Professor of Surgical Pathology and Clinical Surgery, Missouri Medical College; Consulting Surgeon to the Augusta Free Hospital for Children; Surgeon to the Polyclinic Hospital; Consulting Surgeon to the South End Dispensary; Member of the Southern Surgical and Gynecological Society; Honorary Member of the S. E. Missouri Medical Society. U. S. A. (St-Louis), Corner of Locust street and Jefferson avenue.

von Winckel, Professor, Geheimer Medicinalrath. — 16ª, Sonnenstrasse (Munich), Allemagne.

Wood, J.-C., professeur of Diseases of Women. — Ann Arbor University (Cleveland), Ohio, U. S. A.

Wylie, W.-Gill, Prof. of gynec. New-York Policlinic. Gynecologist to Bellevue Hospital. Consulting Surgeon to the methodist Episcopal Hospital of Brooklyn. Fellow of the British gynecological Society, U. S. A. (New-York), 28, West 40st street.

MEMBRES PARTICIPANTS

AU CONGRÈS DE GENÈVE

Acconci, Luigi, prof.-dir. della clinica ostetrica-gynec., Italie (Gênes), Salita acqua sola, 23.

Adenot, 16, rue St-Joseph, Lyon.

Andreæ, Suisse (Genève), rue de Candolle.

Albrecht, Suisse (Genève), 15, quai de l'Ile.

Alexander, W., prof. à l'Université, Angleterre (Liverpool), 31, Rodney Street.

Amann, J.-Alb., junior, priv.-doc. an d. k. Univ. München. Bavière (Munich), Sonnenstrasse, 7.

Apostoli, France (Paris), 5, rue Molière.

Appert, René, A. I. H. P. anc. chef Labor. à la Faculté, France (Paris), rue de Châteaudun, 58.

Araez, Alfaro, Argentine (Buenos-Ayres), Amérique du Sud.

Arai (Tokio), Japon.

de Argenta, Celest.-M., prof. de Gynécol., membre de la Soc. Gyn. Esp. et Italienne d'Obst. et Gy., et Soc. Obst. et Gyn. de Paris, Espagne (Salamanque), Calle Juan del Rey, 8,

Audebert, chef de clinique à la faculté de médecine de Bordeaux, France (Bordeaux), 3, rue Duffour-Dubergier.

Baer, B.-F., prof., U. S. A. (Philadelphia), 2010 Chesnut Street.

Ballivet, J., Médecin de l'Hôpital de Gex, conseiller général, France (Gex), Ain.

Bantock, Granville, Angleterre (Londres W), 12, Granville Place, Portman Square.

Barnes, Fancourt, Angleterre (London W), 7, Queen Anne Street, Cavendish Square.

Barnes, Robert, prof., Angleterre (Lingwood), Lyss, Hants.

Baumgärtner, Allemagne, Ludwig-Wilhelm-Platz, 7 (Baden-Baden).

Bazterrica, Enrique, Argentine, Amérique du Sud (Buenos-Ayres).

Bell, Robert, Angleterre (Glascow), 29, Lynedoch Street.

Beuttner, Suisse (Genève), place Fusterie, 2.

Beverley, Michael, Angleterre (Norwich).

Beyens, présid[t] de la Soc. Médico-Chirurgic., chef de service à l'Hôpital S[te]-Marie, Belgique (Anvers),

2, rue S[t]-Aubert, Faubourg de Beschem.
Blondel, France (Paris), 8, rue Castellane
Boiffin, A., prof., France (Nantes), 1, rue Gresset.
Boimond (St-Jeoire), Faucigny.
Boisleux, Charles, France (Paris), 58, rue de l'Arcade.
Bonfatti, Pierre, Commenaggio, Italie (Mantora).
Bonardi, via Pretorio, 38, (Lugano).
Bonjour, D[r], Suisse (Lausanne).
Bonnet, Stephan, France (Paris), 13, rue de Turin.
Bordallo, Pinheiro, Chirurgien, Portugal (Lisbonne), 101, 2° rue Serpa Pinto.
Bouilly, prof., France (Paris), 9, rue Beaujon.
Boursier, André, prof., France (Bordeaux), 7, rue Thiac.
Boyer, Paul-Mad., doct. méd. F. Paris, France (Paris), 86, rue de l'Université.
Braun, Suisse (Genève), boul. James-Fazy, 2.
Braun, Gustave, prof., Autriche.
Braun von Fernwald, Autriche, Egon 6, Wasa Gasse IX (Vienne).
Brioud, Belgique (Neuvéglise).
Brodier, Henri, France (Paris), 9, rue Pierre le Grand.
Budin, prof., France (Paris), 4, rue Hoche.
Buman, Quai de l'Hôpital, Suisse (Fribourg).
Bumm, Ernst, prof., Bâle, Suisse.
Buscarlet, Francis, privat-docent, Suisse (Genève), rue Petitot, 12.
Byers, Prof., Irlande. (Belfast A), Dreenagh House, Lower Crescent,
Byrne, John, formely Clinical Prof., U. S. A. (New York), Brooklyn, 314, Clinton Street.
Calderini, Giovanni, prof., Italie (Bologna).
Cameron, prof., Ecosse (Glascow), 7, Newton Terrace.
van Campenhout, Victor, Belgique (Bruxelles), rue des Comédiens, 21.
de Candela, Espagne (Valencia), Camino del Grao.
Candia, via Toledo, 343 bis, Naples.
Cavaillon, France (Carpentras), Vaucluse.
Chahbazian, Turquie (Pera, Constantinople), 2, rue Saksi.
Chaleix, Maxime, France (Bordeaux), 6, rue Em. Fourcand.
Chamoin, 40, rue de la Bienfaisance, Paris.
Championnière, Lucas, chirurgien, France (Paris), 3, avenue Montaigne.
Chantre, 13, quai de l'Est (Lyon).
Charles, N., prof., Belgique (Liège), 34, rue Hors-Château.
Charpentier, Louis-Arthur-Alph. prof., France (Paris), 66, rue Miromesnil.
Chenevière, E., docteur, Suisse (Genève), 20, Corraterie.
de Child, Charles-Montclair, U. S. A. (New-York).
Christie, Norwège (Bergen).
Chrobak, prof., Autriche (Vienne).
de Cintra, Bento-Arango, Av. de la Forêt, Petit-Saconnex (Genève).
Commandeur, Moniteur de Clinique obstétricale, France, 35, rue Pierre Corneille (Lyon).
Consolas, prof., Grèce (Athènes).
Coromilas, M. S. O. G. P., Grèce (Calamata).
Çortejarena (de), sénateur, Espagne (Madrid), 8, Calle del Horin.
Cortiguera, Joachim, Espagne (Santander), Nueva di Canadio.
Cosentino, Giov., Italie (Palermo), 32, via Palacchi.
Cospedal, Tomé-Antonio, Chirurgien

de l'Hôpital de la Princesse. Calle del General Castanos, 15, Espagne (Madrid).

Croom, H., prof., Ecosse (Edimbourg), 25, Charlotte Square.

Crouzat, France, rue du Sénéchal, 9 (Toulouse).

Cullingworth, prof., Angleterre (Londres W), 46, Brook Street.

Cumston, Ch.-G., Amérique (Boston, 871, Beacon Street.

Daly, J.-H., Angleterre (Londres), 185, Amhurst Road, Hackney Downs N E.

Delagenière, Henri, chirurgien, France (Le Mans), Sarthe, 15, rue Erpell.

Delaunay, France (Paris), 42, avenue Bosquet.

Delétrez, Alphonse, Belgique (Bruxelles), 5, rue de la Charité.

Delotte, Prof. supl. à l'Ecole de médecine. Rue Dupuytrens 1*bis* (Limoges), France.

Dempsey, Alex., Irlande (Belfast), Clifton Street.

Desfosses, France, rue Bichat, 40 (Paris).

Dickson, E.-Winifred, Mlle, M. D. F. R. C. S. I., Irlande (Dublin), 18, Upper Merrion Street.

Döderlein, prof., Hollande, Groningen.

Dohrn, prof., Allemagne (Königsberg).

Dolan, Thom., M. D. J P., Angleterre (Halifax), Horton House.

Doléris, France (Paris), 20, bould de Courcelles.

Doran, Alb., F. R. C. S. E., Angleterre (London W), 9, Granville Place, Portmansquare.

Dumont-Leloir, Nord (Tourcoing).

Duplay, prof., France (Paris), 10, rue Cambacérès.

Dupraz, Alfred, priv.-doc., Suisse (Genève), rue de Rive, 25.

Duret, Dr H., prof., France (Lille), Nord, 99, bd Vauban.

Ehrendorfer, prof., Autriche (Innsbruck).

Ekstein, Emile, Mühlstrasse, 37, I (Teplitz), Bohème.

Fabregas, Franc., Dr med., Espagne (Barcelone), Bellasita, 5, 1o.

Falquet, Cours de Rive, 19 (Genève).

Fargas, Mich.-A., prof., Espagne (Barcelone), Contejo Ciento, 305.

Fenomenoff, prof., Russie (Kazan).

Fernandes, Greg.-R., Portugal (Lisbonne), 286, rua de Princeza.

Ferrière, Florissant (Genève), Suisse.

Fischer, Gr., Russie (St-Pétersbourg), Samson Perspective, 9.

Flach, Arthur, assist. priv. prof. Kocher, Suisse (Berne).

Fochier, prof., France, 3, place Bellecour (Lyon).

Fontanel, Suisse (Genève [Carouge]).

Fraipont, F., prof., Louvain.

Frey, Alb., chirurgien, Alsace (Mulhouse).

Gaches - Sarraute, Mme, France (Paris), 61, rue de Rome.

Galabin, Alf.-Lewis, M. D. F. R. C. P. London, Angleterre (London W), 49, Wimple Street.

Gampert, Aloïs, Suisse (Genève), 17, Grande Rue.

Gaudier, Henri, France (Lille), 232, rue de Solferino.

Gautier, Léon, méd., Suisse (Genève), 8, rue St-Victor.

Godson, prof., Angleterre (London), 9, Grosvenor Street.

Gohl, J.-G., chirurgien, Pays-Bas (Amsterdam), 9, Leliengracht.

Goullioud, P., France (Lyon), 7, quai Tilsitt.

Griffiths, L.-M., Angleterre (Bristol), Gordon Road, Clifton.

Grynfeldt, prof., France (Montpellier), 8, place St-Côme.

Gutierez, Eugenio, Espagne (Madrid), Infantas, 29, Dupl. 1°.

Halbertsma, prof., Hollande (Utrecht).

Hart (Berry), prof., Ecosse (Edimbourg), 26, Charlotte Square.

Hartmann, Henri, prof. agrégé, France (Paris), 67, rue de Rome.

van Hassel, Belgique (à Pâturages).

Heer, Oswald, Suisse (Lausanne), avenue Ste-Luce.

Hegar, prof., Allemagne (Fribourg), Bade.

Heinricius, prof., Finlande (Helsingfors.)

Herman, George-Ernest, Angleterre (London), Harley Street, 20, Cavendish Square.

Herrgott, Alp., prof., France (Nancy), 2, rue de la Monnaie.

Hofmeier, prof., Allemagne (Würzbourg.

d'Hotman de Villiers (France), Paris, 2, rue Caumartin.

Houzel, G., France (Boulogne s/mer).

Howitz, prof., Danemark (Copenhague), 13, Nyvej.

Huet, Belgique (Bruxelles), Cureghem, 83, rue de Tiennes.

Hyernaux, prof., Belgique (Bruxelles).

Jacobi-Muller, Carl, Dr, Belgique (Anvers), 20, rue Willems.

Jacobs, J.-Chs., médecin, Belgique (Bruxelles), 28, rue des Ursulines.

Jargas, Miguel-A., Espagne (Barcelone).

Jastrebow, prof., Russie (Varsovie).

Javaux, rue du Méridien, Bruxelles.

Jayle, 124, Bd. de Rivoli (Paris).

Jeandin, Joseph, Suisse (Genève), 12, place du Molard.

Jeanneret, André, Suisse (Genève), 4, rue du Conseil Général.

Jeanneret, Louis, Suisse, Quai Pierre-Fatio, 8 (Genève).

Johnston, John-Benedict, Richmond.

Jones, Macnaughton, Angleterre (Londres W), Cavendish Square, 141, Harley Street.

Julliard, Gustave, prof., Suisse (Genève), 6, avenue Marc-Monnier.

Kehrer, prof., Geheimhofrath, Heidelberg.

Keiffer, H., Belgique (Bruxelles), 13, rue de Loxum.

Kemarszky, prof., Autriche-Hongrie (Budapest).

Keser, Samuel, priv.-doc., Suisse (Genève), 15, place du Molard.

Klein, priv.-doc., Bavière (Munich).

Koechlin, E., chirurgien, Alsace (Mulhouse), 30, rue d'Altkirch.

Krajewska, med. offic., Dolnja Fuzla, Bosnie.

Kummer, priv.-doc., Suisse (Genève), 2, bould du Théâtre.

Küstner, prof., Allemagne (Breslau).

Lanelongue, Martial, prof., France (Bordeaux), 24, rue du Temple.

Lannelongue, prof., France (Paris), 3, rue François 1er.

Laroyenne, prof., France (Lyon), 1, rue Boissac.

Laskowski, Sigismond, prof., Suisse (Genève), Joliette, 110, rte de Carouge.

Lattes, Mino, Italie (Turin), 2, via Santa-Croce.
Latzko, Autriche, Mariahilferstrasse, 37 (Vienne).
Lauritzen, Wilh., Danemark (Copenhague), 23, Ameliagade.
Lebedew, prof., Russie (St-Pétersbourg), rue Ligowskaja m 21 log. 4.
Le Dentu, Aug., prof., France (Paris), 27, rue du Général Foy.
Lefèvre, Ch., France (Paris), 60, bould Montparnasse.
Leguen, Félix, chirurgien, France (Paris), 1, rue de Villersexel.
Lenander, prof. (Upsala).
Leopold, prof., Allemagne (Dresde), 25, Seminarstrasse.
Lindfors, prof., Suède (Upsala).
Löhlein, H., prof., Allemagne (Giessen).
Lutaud, Auguste, médecin, France (Paris), 47, bould Haussmann.

Macan, A. V., Irlande (Dublin), 53, Merrion Square.
Mac Murtry, A. M., M. D., prof., U. S. A. (Louisville Ky.), 231, West Chestnut Street.
Mac Nutt Me Dr Sarah, U. S. A., 265, Lexington Av. (New-York).
Makeiew, prof., Russie (Moscou).
de Maleszewski, Ladislas, rue Loretanska, 6 (Cracovie).
Mangiagalli, prof., Italie (Milan), 4, rue Asole.
Mangin, France (Marseille), 12, rue Montaux.
Marié, Paul, France, rue de Stockholm, 1, Paris.
Maritan, France, Cours du Chapitre, 51, Marseille.
Martin, Edouard, Suisse, Malagnou (Genève).
Mars (de), Antoine, prof., Autriche-Hongrie (Cracovie), 19, rue Spitalna.

Massén (Massin), W.-N., Wassily Ostrow, Gr. Prospekt, 75, Russie (St-Pétersbourg).
Masson, Suisse (Carouge), Genève.
Mauerhofer, Henri, Suisse (Neuchâtel), 17, rue des Beaux-Arts.
Mayor, Albert, Suisse, rue Adhémar-Fabri, Genève.
Mekerttschiantz, Georgie (Tiflis)
Mendelssohn, Mlle Dr, Egypte (Caire).
Micheli, Cesare, Italie, Via Arenula, 29 (Rome).
Michelsen, Allemagne (Wiesbaden).
Morisani, Ottavio, prof., Italie (Naples), 3, via Broggia.
Müller, C., prof. (Suisse), Berne.
Mundé, P., prof., U. S. A. (New-York), 20, West 45th Street.
Muret, Maurice, priv.-doc., Suisse (Lausanne), rue du Midi.
Mynlieff, A., Hollande (Utrecht), Sadswaja.

Netzel, prof., Suède (Stockholm).
Nirot, Belgique (Bruxelles).
Nitot, France (Paris).
Nordmann, Suisse (Bâle).
de Noriega, Espagne (Ricardo), Colombres.
Nyhoff, prof., Pays-Bas (Amsterdam), 711, Prinzensgracht.

Olenine, Russie (Tambow).
Olivier, Ad., France (Paris), 6, rue de Maubeuge.
O'Hara, Ballymena Co Antrim, Irlande.

Pamard, prof., France (Avignon).
Pasquali, Ercole, prof., Italie (Rome), 305, Corso Vittorio Emmanuele.
Pasteur, Adolphe, Suisse (Morillon, Genève).
Patru, Charles, Suisse (Genève), Av. Marc-Monnier.

Parviainen (Helsingfors).
Pauchet, Hôpital St-Louis (Paris).
Pecker (Maule), Seine-et-Oise.
Pestalozza, prof., Italie (Florence).
Petit, Paul, France (Paris), 30, rue Racine.
Pichevin, France (Paris), 18, rue Caumartin.
Pinna Pintor, Arthur, Italie (Turin).
Pinzani, Ermano, Dr prof., Italie (Pise), via Risorgimento, 1.
Picqué, chirurgien, France (Paris), 8, rue de l'Isly.
Planellas, Alex., prof., Espagne (Valence), 3, place de los Barcas.
Poncet, prof., rue Confort, 19 (Lyon).
Pouey, Henri, France (Paris), chez le Dr Peyramale, 14, rue du Paradis.
Porson (Louis). D. M. F. P., prés. des synd. méd. France (Nantes), 2, place St-Pierre.
Pope, Campbell, Angleterre (London W), Ravenscourt Park, 280, Goldhawk Road.
Porak, prof., France (Paris), 176, bould St-Germain.
Poso, Pasquale, Italie (Naples).
Posnanski-Garfield, Ida (Madame), D. M., Perspective Newsky, 79, log. 7, St-Pétersbourg.
Pozzi, Samuel, prof., France (Paris), 10, place Vendôme.
Priestley Sir William, prof., Angleterre (Londres), 17, Hertford Street, Mayfair.
Prochownick, Dr, Allemagne (Hambourg), Hamb. 5, 33 Ern. Merkstrasse.
Proubasta, Philippe, Rambla Flores, no 1, Espagne (Barcelone).
Pulido (Angel), place de Bilbao, 1, Madrid.

Queirel, prof., France (Marseille), 20, rue Grignan.
Quervain, 2, rue de la Promenade, Suisse (La Chaux-de-Fonds).

Raineri, prof., Italie (Vercelli.)
Rapin, O., prof., Suisse (Lausanne).
Ravasio, P.-A., Méd.-Chirg., Italie (Novare), Corso del XX Settembre.
Rendu, J., chirurgien, France (Lyon), 5, rue St-Dominique.
Requerens, Sebastien, Espagne (Barcelone).
Reverdin, Jacques-L., prof., Suisse (Genève), rue du Rhône, 43.
Revilliod, Léon, prof., Suisse (Genève), rue Mont-de-Sion, 14.
Revilliod, Eugène, rue des Chaudronniers, 1 (Genève).
Reymond, E., France (Paris), 17, rue de la Bienfaisance.
Reynier, Paul, prof., France (Paris), 12 bis, rue Delaborde.
Richelot, L.-Gustave, prof., France (Paris), 23, rue de Penthièvre.
Robert, Jules, médecin, Espagne (Madrid), 1, calle Beligros.
Robson, Mayo, Angleterre (Leeds), 7, Park Square.
Rocca, Giovanni, Italie (Alba).
Rokitansky, prof., Autriche-Hongrie (Gratz).
Rosenthal, Thérèse, Mlle, France (Paris), 36, rue Montaigne.
Rossier, G., priv.-Doc., Suisse (Lausanne, 1, square Georgette.
de Roubaix, prof., Belgique (Bruxelles).
de Rouville, prof. agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, 23, rue St-Guillaume (Montpellier).
Roux, prof., Suisse (Lausanne).
Roux, Adrien, Suisse (Genève), 16, Cours des Bastions.

de Sadowsky, Pierre, Russie, Raneinaja, 25 (St-Pétersbourg).

Saenger, prof., Allemagne (Leipzig), 79, Sternwartenstrasse.
Salin, prof., Suède (Stockholm).
Saloz-Joudra, Henriette, Suisse (Genève), 13, rue Pierre-Fatio.
Sarwey, Otto, priv.-doc., Allemagne (Tübingen).
Savage, Th., prof., Angleterre (Birmingham), 133, Edmond Street.
Sawage (Coleman), 66, West, 50th Street, U. S. A. (New-York).
San Martin, Alexandro, prof., Espagne, Alcala, 59 (Madrid).
Schabelsky, Simon, Russie (Saratow), 33, rue des Allemands.
Schacht, Angleterre (London S. W.), 168, Earlscourt Road.
Schauta, prof., Autriche (Vienne).
Schmeltz, France (Nice), 46, rue Gioffredo.
Schomberg, prof., Norvège (Christiana).
Schwartz, Charles-Edouard, prof., France (Paris), 138, bd St-Germain.
de Seigneux, Raoul, Suisse (Genève), Cours des Bastions.
Selhorst, J.-H., med., Hollande (Leeuwarden).
Silva-Jones, chirurgien, Portugal (Lisbonne), 194, rue Augusta.
Simpson, prof., Ecosse (Edimbourg), 52, Queenstreet.
Sinclair, W.-J., prof., Angleterre (Manchester), 250, Oxford Road.
Smyly, W.-J., Rotunda-Hospital, Dublin, Irlande.
Sneguirew, prof., Russie (Moscou).
Spencer, Herbert, prof., Angleterre (London W.), Cavendish Square, 10, Mansfield Street.
Springsfeld, Allemagne (Aix-la-Chapelle), 7, Jesuitenstrasse.
Stadtfeldt, prof., Danemark (Copenhague, 23), Ameliagade.
Stapfer, France (Paris), 14, rue de Marignan.
Stouff, Léon, Belgique (Nivelles), 51, rue de Charleroi.
Straus-Welt, Suisse (Genève), rue du Mont-Blanc.
Stuart, Ballymena Co Antrim, Irlande.

Targett, secr. pour l'Anglet., 6, St-Thomas Street, London Bridge, S. E. (Londres).
Tarnier, prof., France (Paris), 15, rue Duphot.
Tartaglia Guglielmo, Italie (Vercelli).
Temesvary, Hongrie (Budapest), VII, Erzsébetkörut, 32.
Thiébaut, assist. du Dr Jacobs, Belgique (Anderlecht-Bruxelles), 12, rue du Puits St-Guidon.
Thomas, Suisse (Genève), Corraterie, 26.
Tibone, Domin., prof., Italie (Turin), 48, via dell'Ospedale.
Tolotchinow, prof., Russie (Karkow).
Törngren, Finlande (Helsingfors).
La Torre, Italie (Rome), 8, Via XX Settembre.
Tournay, prof., Belgique (Bruxelles), 28, bd Waterloo.
Travers, William, Angleterre (London W.), 2, Phillimore Gardens.
Trespalacios Felix, Colombres, Espagne.
Truzzi, Ettore, prof., Italie (Parme), 123, Corso Vittorio Emmanuele.

Ullmann, prof., Suède (Gothenbourg).
Urbain Achille, Belgique (La Bouderie).
Urguhart, C. J. (Madame), L. K. Q. C. P. I., Ecosse (Edimbourg), 31, Landen Road-Grange.

Vavra, Bohême, Autriche (Prague), 9, Zitua Ulicé.

Vedeler, prof., Norwège (Christiana).
Veit, J., prof., Hollande (Leyden).
van de Velde, Th. Dr. (Leiden), Hollande.
Verhoef, Léon, chirurgien, Belgique (Bruges), 19, rue des Chevaliers.
Verchère, France, Paris (clinique de St-Lazare), 101, ruedu Bac.
Vos (de), Jules, Belgique (Gand), 21, rue Elisabeth.

Walthard, Doc. de gynéc., Suisse (Berne), 57, Spitalgasse.
Wartmann, L., rue du Mont-Blanc, Suisse (Genève).
Welt, Léonore, Mlle, Suisse (Genève), 14, rue du Mont-Blanc.
Werth, prof., Allemagne (Kiel).
Westermark, Suède (Stockholm), Sophiahemmet.
von Winiwarter, prof., Belgique (Liège), 32, rue Ste-Véronique.
Woskressensky, M.-A., priv. Doc., Russie (Kiew), rue Alekseiewskaïa
Wyder, prof., Suisse (Zurich).

Zoppino, L., Suisse (Genève), 10, cours de Rive.
Zweifel, Allemagne (Leipzig).

TABLE DES MATIÈRES

SÉANCE D'OUVERTURE DU CONGRÈS

Mardi 1er Septembre (Matin).

SÉANCE DU MARDI 1er SEPTEMBRE (APRÈS-MIDI).

PREMIÈRE QUESTION A L'ORDRE DU JOUR :

DU TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

SÉANCE DU MERCREDI 2 SEPTEMBRE (MATIN).

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

DEUXIÈME QUESTION :

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

SÉANCE DU MERCREDI 2 SEPTEMBRE (APRÈS-MIDI)

CONTINUATION DES RAPPORTS ET DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS



SÉANCE D'OUVERTURE DE LA 2me SESSION

DES

CONGRÈS PÉRIODIQUES INTERNATIONAUX

DE

GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Mardi 1er septembre 1896 (matin).

La séance a lieu dans l'Aula de l'Université, mise gracieusement par le Département de l'Instruction publique à la disposition du Comité d'organisation pour y tenir les séances du Congrès. La salle est pavoisée aux couleurs internationales.

A 9 heures précises M. Lachenal, président de la Confédération suisse, représentant le Conseil fédéral, et M. E. Richard, chef du Département de l'Instruction publique du canton de Genève, représentant le Conseil d'Etat, sont reçus par les membres du Comité d'organisation. M. le professeur Auguste Reverdin s'assied au fauteuil de la présidence, ayant M. Lachenal à sa droite et M. Richard à sa gauche. Siègent encore au Bureau : M. Kufferath, président du 1er Congrès, MM. Bétrix et Cordes, secrétaires généraux du présent congrès, et M. Jacobs, secrétaire du Comité permanent international.

Derrière, à gauche et à droite du Bureau prennent place les présidents d'honneur. Les délégués officiels des gouvernements et des Sociétés savantes occupent les deux premiers bancs dans la salle, au-dessous de l'estrade.

M. le président du Comité d'organisation ouvre la séance en ces termes :

MESDAMES, MESSIEURS ET ILLUSTRES CONFRÈRES,

Je déclare ouverte la seconde session des Congrès internationaux de gynécologie et d'obstétrique et je porte la parole à Monsieur le Président de la Confédération Suisse.

M. Lachenal, président de la Confédération Suisse, au nom du Conseil fédéral.

Messieurs,

Rien n'est plus digne d'intérêt et de sympathie et ne commande le respect autant qu'une compagnie de savants telle que la vôtre, et cependant, je me vois obligé de prendre avec elle une liberté, une seule, que voici : Je vous demande la permission d'être très bref, déférant ainsi à la prudence autant qu'à la courtoisie, en un mot au souci de ne pas empiéter, que dis-je, de ne point m'aventurer sur le terrain de vos investigations.

Vous obéissez, Messieurs, à la loi de progrès et de spécialisation qui règle tous les efforts de l'esprit moderne. Arrachant l'obstétrique à un empirisme suranné, vous l'avez reprise des mains des matrones et l'avez assise sur des bases nouvelles. Puis dans le vaste pays de la chirurgie, vous avez circonscrit un domaine et vaillamment vous avez créé la gynécologie.

Ces conquêtes reconnaissent pour origine, car tout s'enchaîne ici, les deux faits immenses qui dominent tout le développement scientifique contemporain, je veux dire la découverte de la vie microbienne et l'avènement de la méthode antiseptique. La première a jeté un éclat merveilleux sur les choses de la nature ; elle a reculé l'horizon du savoir humain et en apportant une conception étiologique nouvelle de la maladie, elle a transformé la médecine; l'autre, l'antisepsie, qui en est une conséquence, en révolutionnant, la technique opératoire a fait faire à la chirurgie des pas de géant et lui a transmis des audaces que parmi vous-mêmes, Messieurs, on songe, paraît-il, déjà à refréner.

Et grâce à ces deux innovations colossales, auxquelles Pasteur et Lister ont attaché leurs noms glorieux, s'accomplit en même temps que l'œuvre de lumière, l'œuvre de bonté et de soulagement et voici que dans le champ que vous cultivez, par elles sont rendues à la vie et à la maternité tant de femmes autrefois vouées fatalement aux déchéances physiologiques et à la mort.

Aujourd'hui, Messieurs, réunis en congrès, vous vous proposez certes de discourir. Or, Ambroise Paré, à qui vous devez quelque chose, a dit dans je ne sais plus laquelle de ses préfaces et même en vers :

« Ce n'est le tout en chirurgie
De jargonner. »

Mais je me hâte d'ajouter que l'illustre ancêtre ne vous devinait pas, et que si vous dissertez, ce n'est point dans le vide, comme il arrivait parfois sous l'ancienne scolastique, et qu'au surplus c'est un charme d'entendre ou de lire des hommes qui manient la parole ou la plume aussi sûrement que le trocart ou le couteau. Et puis vos Congrès n'écrivent pas des préfaces, et s'ils décernent un hommage aux grands devanciers, s'ils célèbrent, parmi ceux qui ne sont plus, un Récamier en France, un Rizzoli en Italie, un Scanzoni en Allemagne, et pour ne pas les nommer tous, un Spencer Wells entre les vivants, ils servent aussi, ces Congrès, un devoir plus activement utile et supérieur, ils fixent les lois des connaissances d'une époque, et sont comme les témoins et les résumés vivants de la science, au cours de ses étapes successives et fécondes.

C'est sous ces auspices favorables, Messieurs, que j'ai la joie de vous souhaiter la bienvenue au moment même où vous faites à la Suisse et à Genève, une de ses perles, le grand honneur et l'amabilité de leur consacrer un séjour.

Puissent vos délibérations et vos travaux éclairer toujours davantage la pensée humaine; puissiez-vous, dans la lutte du savoir contre le mal et la douleur, conduire la conscience publique vers une moralité toujours plus haute et donner encore une illustration à cette vérité que vous venez répandre; c'est que, la recherche du vrai, impliquant toujours mieux la connaissance du bien, c'est à bon droit que l'on peut dire que la science mène aujourd'hui le monde et sert de guide à l'humanité !

(Ce discours a été interrompu à plusieurs reprises par d'énergiques applaudissements.)

La parole est donnée à M. Eugène Richard, président du Département de l'Instruction publique.

M. Richard, chef du Département de l'Instruction publique, au nom du Conseil d'Etat de Genève.

Messieurs,

L'organisation fédérative de la Suisse permet au canton, qui a le privilège enviable de vous offrir sa modeste mais bien sincère hospitalité, de revendiquer l'honneur de vous souhaiter à son tour une chaleureuse bienvenue.

Après M. le Président de la Confédération — et avec lui — le Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève désire saluer

les savants illustres, les hommes de cœur et de science qui ont répondu à l'appel du comité promoteur de ce Congrès. Notre joie serait complète si l'ombre d'un triste et doux souvenir ne planait sur elle comme une nuée d'automne voile l'éclat du jour, si au lieu d'un regret ému auquel nous ne pouvons nous soustraire, aujourd'hui surtout, nous avions encore devant nous le généreux et brillant esprit qui fut François Vulliet, le président que vous aviez acclamé, qui avait accueilli avec enthousiasme la tâche de préparer les travaux de cette réunion et qui lui a consacré ses dernières forces comme il y a trouvé ses dernières jouissances. Vous achèverez, Messieurs, le beau rêve qu'il avait commencé, vous moissonnerez ses espérances. *(Applaudissements unanimes.)*

Ai-je besoin de vous prévenir que vous ne trouverez point chez nous le luxe éblouissant et féerique des grandes capitales du monde ?

Vous le savez déjà. Du reste votre désintéressement recherche d'autres récompenses. Mais ce que vous rencontrerez ici, dans cette vieille cité genevoise d'éducation universitaire, c'est un foyer de respect et de réelle sympathie pour vos personnes, un milieu propice à la libre discussion de toutes les hypothèses scientifiques, une population avide de progrès certains dans tous les domaines de l'intelligence. Une telle atmosphère ne convient-elle pas par excellence aux délibérations d'hommes qui veulent contrôler et compléter leurs expériences réciproques pour en dégager les principes définitivement acquis et les grouper en un lumineux faisceau ? Détenteurs d'un pouvoir tout à la fois redoutable et souvent invoqué, arbitres de la santé de nos épouses et de nos filles, vous ne pouvez ignorer que vos entretiens sont attendus comme des bienfaits prochains.

Les divers congrès qui vous ont précédés sur cette terre d'absolue indépendance critique nous ont successivement intéressés par la variété, la gravité et souvent l'ampleur de leurs questions. Ils ne furent point de vains parlements, de simples tournois oratoires ; plus d'un, au contraire, a profondément fouillé le sol des idées et y a déposé le germe de l'avenir. Cependant entre ces multiples assemblées de penseurs et de maîtres en leur art celles qui nous ont le plus attirés — je dirais volontiers séduits et captivés — sont les délibérations présentant un caractère d'application pratique, devant aboutir à des résultats immédiats et déterminés. Les abstractions philosophiques, voire même métaphysiques, ont sans doute leur incontestable utilité ; elles enveloppent d'un charme esthétique indéniable ceux qui les approchent ou en poursuivent les fugitives réalités.

La mise en commun de découvertes expérimentales nous sollicite pourtant plus vivement. L'acheminement à une formule qui sera demain la règle de tous, l'usage consacré, le procédé unique, s'impose plus impérieusement à la généralité des êtres rivée par un destin mauvais au problème débattu dont elle attend avec une fiévreuse impatience un soulagement réel et appréciable.

Or votre Congrès, Messieurs, participe de cette nature essentiellement pratique que nous préférons à toute autre. C'est vous dire notre empressement à suivre vos travaux, notre hâte d'en recueillir les conclusions.

La gynécologie sous sa forme moderne est vraiment une nouvelle venue dans le cortège des sciences, mais elle a vite fait de conquérir une belle place grâce à ses parrains distingués que vous êtes. Elle a élargi la zône de défense de la femme contre l'invasion de la maladie qui la guette sans cesse. Le rameau vigoureux que votre spécialisation a fait croître sur l'arbre de la science médicale prolonge nos ressources dans la lutte contre la souffrance aveugle à laquelle notre ignorance vouait hier encore tout ce qui respire, tout ce qui vibre, tout ce qui palpite.

L'habileté, l'adresse, la dextérité du praticien mises au service de la médecine opératoire, avaient créé l'art de la gynécologie; les observations accumulées et coordonnées de la pathologie chirurgicale en ont fait une science complète qui s'alimente des découvertes de la science générale et qui a cependant son individualité nettement définie et caractérisée.

Votre premier pas — ou plutôt votre première victoire — a été d'arracher à des préjugés invétérés la proie qu'ils traînaient à une mort ignominieuse. Ne faisant plus de distinction entre les malheureuses qui gémissent et se débattent sous la torture du mal, vous les relevez de la malédiction qui les flétrissait et vous rachetez leur douleur par la science. Ah! Messieurs, c'est de la vie que vous maniez, c'est de la vie que vous répandez, vous en êtes les bienfaisants ouvriers! Qu'est en réalité votre œuvre, sinon le sauvetage désormais assuré de la maternité féconde, le sauvetage de la femme qui a la charge mystérieuse de conservation de l'espèce — le sauvetage de l'enfant, cette richesse des peuples, leur force et au besoin leur revanche — le sauvetage enfin de la famille elle-même ? Aux stériles souffrances de l'être meurtri et dolent, qui criait devant des témoins impuissants à le soulager, vous apportez la délivrance, la radieuse délivrance. Aux troubles mentaux qui pourvoient la folie

et le crime vous faites succéder l'hygiène qui rend à l'intelligence son énergie productrice et normale. L'âme de la femme si frêle, si fragile et chancelante au contact de la douleur échappe à la servitude du mal physique. Sa sensibilité, pour exquise et délicate qu'elle soit, se régularise et retrouve cette paix sereine qui assure son propre bonheur autant que celui des siens.

Quelle science admirable que la vôtre! Ses effets s'étendent au delà de l'être secouru et se répercutent dans la société toute entière que l'inévitable solidarité condamne à souffrir des maux de chacun de ses membres. Quel rôle sublime que celui de l'opérateur disputant à la mort, vengeresse inclémente qui frappe en nous aussi bien les fautes de nos ancêtres que nos propres imprudences, cette merveilleuse machine humaine dont la complication nous confond et qu'anime un insatiable besoin de vivre! La reconnaissance attendue de l'être sauvé et de ceux qui l'aiment, la vénération populaire, s'attachent avec ardeur aux pas de l'homme qui détient un tel pouvoir. Il revêt aux yeux de la foule, qui a les instincts d'un poëte crédule toujours en quête d'idéal et que hante aisément la vision du miracle, le caractère sacro-saint de ceux qui se sont approchés au plus près du mystère inexpliqué de la vie et paraissent en avoir surpris les secrets jusqu'ici impénétrables.

Prédestinés au dévouement sans relâche, vous en recueillez sans doute les légitimes satisfactions et vous en partagez les gloires, mais vous en courez aussi les périls et subissez les fatigues! Et quelles lourdes et effrayantes responsabilités! En est-il de plus redoutables que les vôtres?

Se sentir à un moment donné le maître d'une existence humaine, tenir en ses mains le sort absolu d'une intelligence qui sera peut-être d'élite si elle parvient à vivre, d'un esprit qui éclairera peut-être les routes humaines, nous apportant les paroles de vérité et de rédemption, qui déchirera les obscurités enveloppant les nations, qui lancera, qui sait? le mot de réconciliation et de pardon qui doit étouffer pour toujours les haines brutales — et penser que toutes ces promesses de vie, auxquelles nous sommes tous intéressés, seront anéanties, détruites, comme une récolte hâchée par l'orage, si une défaillance paralyse ou trouble celui qu'on avait appelé comme le sauveur! Les poitrines haletantes et oppressées des parents renaissent à l'espérance, une hésitation y a jeté le deuil irrémédiable! Mais votre vaillance en a triomphé et a conquis à jamais notre confiance.

Loin de moi la présomptueuse prétention de tracer un manuel du parfait gynécologue. Tous les essais de physiologie professionnelle se résument du reste en ceci : avoir du tempérament. Sans doute les ressources d'une érudition étendue et solide vous sont plus indispensables encore qu'à tout autre, cependant les seules directions du savoir scolastique seraient insuffisantes. Ce qui constitue la supériorité heureuse et proclamée de tout opérateur aux prises avec la souffrance c'est sa valeur morale personnelle, son individualité, son originalité dirai-je, c'est l'association des connaissances scientifiques qui le dirigent dans son diagnostic et de ces qualités de premier ordre qui sont le sang-froid, la promptitude dans la décision, la hardiesse même, en un mot le courage que les enseignements de l'école peuvent fortifier mais qu'ils ne sauraient donner. C'est donc bien une vocation que la vôtre puisqu'elle exige un pareil ensemble d'efforts que bien peu d'hommes peuvent accomplir.

Vous nous avez déjà beaucoup donné, nous vous demandons cependant davantage. A cette clinique toujours ouverte de la misère humaine votre cœur a dû se sentir envahi d'une incommensurable pitié, l'angoissant problème du mal physique et de ses conséquences multiples et infinies s'est dressé devant vous avec une implacable rigueur. Dans ce corps que tenaille la maladie il y a en effet une pensée qui souffre et qu'il faut soigner aussi. Les grands maîtres de votre art la voient toujours et leur âme renferme, comme une grâce supérieure, les sources rafraîchissantes d'une inépuisable bonté qui rayonne autour d'elle. Ici point d'axiome universitaire, nous sommes en présence de faits qui échappent à l'auscultation et longtemps encore les certitudes que nos désirs appellent continueront à fuir comme Galathée vers les saules. Mais qu'importe cette absence de formule si vous êtes la main amie, la main douce, conduite par la science et la commisération, — la main qui calme et apaise la douleur, qui ramène l'énergie et réveille le sens de la vie ? Consoler, encourager, soutenir, n'est-ce pas déjà un peu guérir et le cœur n'a-t-il pas commencé souvent le miracle que termine la main ?

Jeune encore la gynécologie a donc ses lettres de noblesse, contresignées par une rigoureuse statistique de ses services. Grâce à ses méthodes sévères elle a fait reculer la fatalité meurtrière qui décimait naguère les villes et les campagnes. Elle a maintenant le droit de savourer avec orgueil la joie suprême du bien qu'elle a fait.

C'est pourquoi Messieurs, au seuil de ce Congrès nous saluons en vous avec espérance et respect, l'avant-garde de ceux qui défendent la vie humaine et marchent à l'affranchissement du mal.

(Applaudissements prolongés.)

M. le Prof. SIMPSON d'Edimbourg au nom de l'Angleterre. *(Applaudissements.)*

MR. PRESIDENT, LADIES AND GENTLEMEN.

I believe that almost every one present will understand me, if I use my native language in attempting to express to the illustrious President of the Federal Council of Switzerland and the chief of the Educational department of the canton of Geneva, something of the gratitude we feel for the gracious and cordial reception which they have accorded to our Gynecological Congress. As a citizen of Edinburgh it affords me a quite peculiar pleasure to find myself among my professional brethren in this famous city of Geneva, because of the long-standing sympathy that has existed between the sons of John Calvin and John Knox — two men who did so much to free the human spirit from prejudices that prevented the progress of humanity, and who showed how we may be freed from that worst of all slavery — the slavery to one's self, that sets us free to respect the liberty of every other individual. It was becoming that the President of the Swiss Federal Council and the Chief of the Educational department should have honoured this meeting with their presence. For whilst it was important for the rulers of nations to attend to the general needs of the community, to see to the health of the soldiers that guard our borders, and to the upbringing of the children who are to fill the ranks, this Congress interests itself with the mothers of the coming race. The world needs sound and sensible mothers. This Congress has for its object, the consideration of the conditions under which the childless may become mothers, and under which the mother may come out of her time of travail with a healthy body and a happy mind, to rear a better generation. Without this Mr. Richard would have no children to educate, Mr. Lachenal no nation to govern. *(Longs applaudissements.)*

M. le Prof. D[r] KEHRER de Heidelberg, pour l'Allemagne.

Ich beglückwünsche das Comite zu dem grossen Erfolge, 300 Gynäkologen aus aller Herren Länder herbeigeführt zu haben! Inter-

nationale Congresse bilden Marksteine in der Entwicklung der einzelnen Fächer. Mögen auch gelegentlich die Geister sich erhitzen — das endliche Ziel, nach dem wir Alle streben, ist Erforschung der Wahrheit. Wir Alle nehmen mit aus solchen Versammlungen eine Fülle von Anregungen und Wissen. Und mit jedem neuen Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der Krankheiten dienen wir dem Wohle der Leidenden. Möge sich die internationale Gynäkologie immer mehr vervollkomnen und deren Werthschätzung in dem Besuche der Versammlungen Ausdruck finden.

(Applaudissements.)

M. le Prof. Polk, de New-York, pour les Etats-Unis d'Amérique.

Your Excellency,

I beg leave to express on the part of my government and my colleagues here present, appreciation of the courteous greeting you have accorded us. It is but another of the many gracious acts of this Confederation, and one which appeals to a large and influential body of citizens of the United States. We recognise however, that the purposes of this congress are too universal to be limited by nationality, for we stand before you as representatives of an order, whose objects of thought and action touch in the same manner, after the same fashion, every living human being. No matter what may be his limitation in government or religion.

It is peculiarly appropriate that government should interest itself, for without discussing any of the coordinate powers upon which government rests, that which resides in the science and art of medicine, holds in its keeping more of the material welfare of a nation than any other. If sound bodies are essential to sound minds, and sound minds to sound government, our order advances no extravagant claim in this assertion. We congratulate ourselves that this our second meeting, is held in an atmosphere replete with memories of men and deeds, about whom enter so much of good to mankind, and earnestly hope we may receive from it inspiration to the end that our efforts here may result in added good to our kind, and glory to our order.

The allusion of my distinguished predecessor, Prof. Simpson, to Calvin, emboldens me to recall the fact in your history that one of our order having come to grief at the stake (Servetus), by reason of a venture upon theological domain, we know the direction of

our danger. And yet I fear avoidance of even that topic will not save us, for there are signs abroad, pointing to a warmth of hospitality which bids fair to consume not one but all of us.

(Applaudissements.)

M. le professeur TOURNAY (Bruxelles) :

MESDAMES, MESSIEURS ET CHERS CONFRÈRES,

Comme délégué officiel du Gouvernement belge et de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique, je suis heureux de vous apporter les vœux les plus ardents pour la réussite complète de la seconde session du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique.

Depuis le Congrès de Bruxelles, la gynécologie a marché à pas de géants ; il semblerait qu'une ère nouvelle s'est ouverte pour cette science jeune encore, mais dont les résultats tiennent du prodige.

Bien que les faits acquis soient considérables, j'espère que les travaux de la seconde session du Congrès porteront leurs fruits et que la récolte sera abondante.

M. le Dr CHARPENTIER, membre de l'Académie de médecine.

MESSIEURS,

Les liens d'amitié et d'affection qui unissent la Suisse à la France remontent à plusieurs siècles et sûrs de l'accueil que nous recevrions près de vous nous nous sommes rendus en grand nombre à votre appel. — Mais il ne doit pas s'agir seulement pour nous de rapports scientifiques. Il y a 25 ans la République Helvétique nous donnait une nouvelle preuve de dévouement et je suis heureux de saisir cette occasion pour vous dire :

Au nom de la France,

(Applaudissements.) je vous salue et vous remercie.

M. le professeur GUTIERREZ de Madrid :

SEÑORAS Y SEÑORES,

En nombre del Gobierno de España, á quien tengo el honor de representar en este acto solemne, y en el de todos los medicos es-

pañoles saludo al ilustre Presidente de la Confederacion Suiza, al Comité organizador de este Congreso Ginecológico, y, en la persona del Jefe del Ministerio de Instruccion publica, saludo tambien á los médicos de Suiza. Agradecemos sinceramente la invitacion que se han servido hacernon, y que á la vez nos proporciona el placer de admirar los encantor de este privilegiado pais, que si es grande por su naturaleza, la es mas por los hombres eminentes que ha producido en todos los ramos del saber humano.

Si hubo un tiempo en que las luchar del pensamiento lograron separar á Ginebrinos y Españoles, hoy se encuentran estrechamente unidos por la ciencia, que es la union mas fuerte y mas hermosa de todos los pueblos cultos.

M. le professeur Morisani (de Naples).

Mesdames, Messieurs !

Au nom du gouvernement d'Italie, que j'ai l'honneur de représenter, je vous salue.

Nous avons été fier l'année passée d'avoir parmi nous les médecins de toutes les nations dans le Congrès international réuni à Rome. Certainement ces grands Congrès, où on discute les questions les plus difficiles de la médecine ont une grande importance. Mais je crois que les Congrès spéciaux, où l'on n'examine et ne discute qu'une partie limitée de la médecine sont bien plus utiles, parce que, outre les discussions scientifiques dans ces réunions, chaque savant apporte au bénéfice de l'humanité le résultat de son expérience et de sa pratique. Eh bien! Messieurs, nous sommes persuadés de la vérité du mot latin, qui dit : *nisi utile est quod facimus, stulta est gloria.*

Nous devons donc remercier le Comité organisateur de ce Congrès, comme nous devons remercier aussi le Président de la Confédération et le Ministre de l'Instruction publique pour le favorable et sympathique accueil que nous avons reçu à Genève.

(Applaudissements prolongés.)

M. le professeur Halbertsma d'Utrecht.

Messieurs,

Votre célèbre compatriote de Candolle a donné autrefois une méthode pour savoir quel pays avait le plus contribué à l'avance-

ment des sciences exactes. Pour cela il comparait le nombre des hommes célèbres et les habitants de chaque pays. En faisant ainsi, on a trouvé pendant cent et vingt ans, toujours la Suisse la première, à la tête. Où peut-on être mieux alors pour un Congrès scientifique que dans ce pays-ci?

Comme délégué de la Société néerlandaise de gynécologie et d'obstétrique, je vous apporte les meilleurs vœux pour le succès de notre congrès.

M. le professeur Engström d'Helsingfors.

Sehr geehrter Herr Präsident,
Meine Damen und Herren!

Im Namen der Aerzte des Grossfürstenthums Finland wünsche ich dem Congresse ein gutes Resultat der Verhandlungen, zum Heil der Leidenden und zur Förderung unserer Wissenschaft.

M. de Strauch de Moscou, délégué de la société de gynécologie de Moscou.

Mesdames et Messieurs,

Il y a quatre ans, à notre première assemblée de Bruxelles, mon très honoré compatriote M. le professeur Rein de Kief, a mis notre société, nouvellement fondée, en parallèle avec un nouveau-né, en comblant le berceau de ce jeune bourgeois du monde de souhaits tendres et ardents. Ses souhaits se sont accomplis à la lettre!

Notre nouveau-né vient de survivre la première et inévitable période de difficultés et il est sevré!

Sa nourrice provisoire l'aimable et hospitalière Bruxelles est remplacée par Genève.

L'avenir de notre cher enfant donne de brillantes espérances, garanties par les noms célèbres des personnes, qui participent à notre société et ce beau commencement rend à la joie tout le monde médical de ma précieuse patrie, la Russie! *(Applaudissements.)*

M. le prof. Lindfors d'Upsala.

M. le Président, Mesdames et Messieurs,

Au nom du Département de l'Instruction publique de la Suède, j'ai l'honneur de présenter les compliments les plus distingués et les

félicitations les plus vives au deuxième congrès de gynécologie et d'obstétrique.

Votre congrès si brillamment inauguré deviendra, j'en suis sûr, un succès définitif et nous autres étrangers qui sommes venus ici, à la belle Genève, nous profiterons assurément et des « Eaux Vives » de votre science et des « Plain Palais » de vos arts techniques et des « Délices » de votre aimable hospitalité. *(Applaudissements.)*

Dr Granville Bantock de Londres.

It would be presumptious on my part, to offer any general observations on this important occasion and I shall content myself with offering the best thanks of the British Gynecological Society, which I have the honour to represent, for the very cordial reception which we have received. A Congress begun under such happy auspices cannot but result in success and I augur from it a success at least equal to that which characterised the first.

Dr James R. Chadwick de Boston, President of the American Gynecological Society, au nom de cette société.

Mr. President, and Members of the Congress,

It gives me pleasure to have the opportunity of expressing to you the deep interest taken in the deliberations of the Congress by the Society, over which I have the honor to preside, and to felicitate it on the important results to science which are sure to be achieved. We in America recognize that centuries of organization, make it possible for Europe to accomplish more on the scientific side of medecine, than we can do with our undeveloped resources. As a consequence the development of antiseptic surgery — the greatest advance of modern times — has been largely effected on this side of the Atlantic. On the other hand I feel warranted in claiming for my own country, the discovery of an equally important factor in attaining the wonderful results of surgical operations, for which the end of this century will be for ever memorable. I allude to the discovery of surgical anæsthesia, without which but few of the major operations could be performed. You cannot fail to be interested in the fact that on October 14th of this year, will be celebrated in my native town of Boston, the semi-centenial of the first demonstration to the world, that absolute immunity to pain during an operation

could be safely ensured. What a boon this is to suffering humanity you know full well! I thank you for the privilege of saying this word.

M. Alban Doran, de Londres, au nom de l'Obstetrical Society of London.

M. Alban Doran said that sir William Priestley, member of Parliament, begged to thank the President and members of the Congress for the honour which they had conferred on him by selecting him as one of the Delegates, and to express his regret that his parliamentary duties prevented him from attending. Sir Spencer Wells had also desired Mr. Doran to let the Congress understand that he was sorry that circumstances forbade him from taking part in the present meeting. Mr. Doran in the name of Dr Champneys, the President, and of the Council, expressed, on the part of the Obstetrical Society, full sympathy with the aim and work of the Congrès International de Gynécologie et d'Obstétrique. *(Applaudissements.)*

M. Richelot, de Paris.

Messieurs,

Je saisis avec plaisir l'occasion qui se présente de saluer la bonne ville de Genève, que je ne connaissais pas encore, malgré mes pérégrinations en Suisse.

Je saisis l'occasion de remercier de leur accueil sympathique les Reverdin, nos éminents collègues, qui représentent si bien ici, non seulement la gynécologie, mais plus et mieux encore, car ils représentent tout ce qu'il y a de bon, de cordial et d'honnête dans le corps médical de tous les pays.

M. Pasquali, de Rome.

Monsieur le Président, Messieurs et Mesdames,

Délégué par la Société italienne d'obstétrique et de gynécologie pour la représenter au second congrès international, j'ai l'honneur de vous apporter de la part des confrères italiens les meilleurs souhaits pour la réussite du Congrès. *(Applaudissements.)*

La parole est donnée au Dr Bétrix, *secrétaire général* du Comité d'organisation.

Mesdames, Messieurs et très honorés Confrères,

Le 17 septembre 1892, lors de la séance de clôture du 1er de nos Congrès périodiques internationaux de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Bruxelles, la Ville de Genève a été désignée à la presque unanimité des membres présents comme lieu de réunion de la IIe session.

A l'occasion du Congrès de Rome, notre Comité permanent a nommé M. le prof. Vulliet président et MM. les docteurs Cordes et Bétrix secrétaires généraux du Comité chargé d'organiser cette IIe session. C'est en cette qualité que j'ai l'honneur de vous rendre compte des travaux faits en vue d'aboutir à la réunion d'aujourd'hui.

L'organisation était en bonne voie et déjà fort avancée lorsque nous avons eu le chagrin de perdre notre très regretté président et ami le prof. Vulliet.

A la suite de cette mort, le Comité permanent s'est adressé à M. le prof. Auguste Reverdin qui a bien voulu accepter les fonctions si délicates de président de notre Comité.

Le choix des questions scientifiques devant être discutées dans cette session a également été fait à Rome : ces questions se rapportent toutes à des sujets pleins d'actualité et sont d'ordre essentiellement pratique.

Gynécologie :

Traitement des suppurations pelviennes.
Traitement chirurgical des rétro-déviations utérines.
Du meilleur mode de fermeture de l'abdomen.

Obstétrique :

Statistique internationale relative à la fréquence et aux formes les plus communes des rétrécissements du bassin.
Traitement de l'éclampsie.

Le grand nombre d'orateurs inscrits à la suite de MM. les rapporteurs pour prendre part à la discussion de ces questions est la meilleure preuve que ce choix a été très heureux et nous fait espérer

qu'il résultera de cet échange d'idées un progrès sérieux dans l'étude de ces sujets encore si discutés.

Nous désirons à cette occasion adresser au nom du Comité d'organisation, nos sincères remerciements aux savants confrères qui ont bien voulu accepter la tâche souvent ingrate de fournir les rapports sur les questions à traiter.

S'inspirant des excellents précédents de Bruxelles, notre Comité a cru devoir dès le début se placer sous l'égide scientifique des professeurs de gynécologie et d'obstétrique les plus en vue sans distinction de pays ou de nationalité.

Ils ont bien voulu accepter la présidence d'honneur que nous leur avons offerte ; nous les remercions d'avoir prêté à notre Congrès l'appui de leurs noms et nous vous proposerons, Messieurs, de les acclamer officiellement à la place que nous leur avons conférée.

Qu'il me soit permis, au nom du Comité d'organisation de présenter mes remerciements respectueux aux autorités officielles de notre pays, en premier lieu au Conseil fédéral qui a bien voulu prendre notre Congrès sous son haut patronage, transmettre par l'intermédiaire de son département politique nos invitations officielles aux gouvernements étrangers et se faire représenter à la séance d'aujourd'hui par Monsieur Lachenal, président de la Confédération suisse; puis, au Conseil d'Etat de notre canton, au Conseil administratif de la Ville de Genève pour l'aimable réception qu'ils ont offerte aux membres du Congrès dès leur arrivée dans notre ville.

Nos remerciements encore aux gouvernements étrangers qui ont montré tout l'intérêt qu'ils portaient à nos travaux en se faisant représenter officiellement.

Ce sont les gouvernements Français, Italien, Belge, Espagnol, Suédois, des Etats-Unis d'Amérique et de la République Argentine.

Dès le début nous avons encore été encouragés par les sociétés savantes qui nous ont prouvé leur appui et leur concours en nous envoyant leurs délégués officiels.

Société de gynécologie britannique.

Société obstétricale de Londres.

Société obstétricale et gynécologique de Glasgow.

Société obstétricale d'Edimbourg.

Section obstétricale de l'Académie royale de médecine d'Irlande.

Société obstétricale et gynécologique de Paris.

Les sociétés d'obstétrique et de gynécologie de St-Pétersbourg et de Moscou.

Société gynécologique américaine.
Association américaine de gynécologues et d'accoucheurs.
Société italienne de gynécologie et d'obstétrique.
Société belge de gynécologie.
Societé gynécologique espagnole.
Académie de médecine de Madrid.
Académie et laboratoire des sciences médicales de Catalogne.
Académie médico-pharmaceutique de Barcelone.
Institut médical de Valence.
Société des sciences médicales de Lisbonne.
Union médicale de Porto.

Enfin, je ne saurais assez témoigner notre reconnaissance aux dévoués secrétaires nationaux, qui, par leur zèle et leur travail ont grandement contribué au succès.

Permettez-moi, Messieurs, avant de terminer de vous donner quelques chiffres qui fourniront la preuve du chemin parcouru depuis la réunion de Bruxelles.

De 54 le nombre des membres fondateurs s'est élevé à 93, celui des membres participants dépasse 400 ; mais le nombre des orateurs inscrits et celui des communications annoncées est plus important encore, il devient même inquiétant vu le temps limité dont nous disposons.

Nos remerciements enfin aux confrères qui ont répondu si nombreux à notre appel et qui, dans les journées qui vont suivre veulent bien nous faire part du résultat de leurs expériences et de leurs recherches. Je fais tous mes vœux pour que nous ayons réussi à faire de cette réunion une œuvre utile et durable et contribué, par les discussions qui vont avoir lieu, au progrès des sciences spéciales que nous étudions. *(Applaudissements.)*

M. le prof. Auguste Reverdin, président du Comité d'organisation, prend ensuite la parole en ces termes :

Mesdames, Messieurs et illustres confrères !

Après les paroles de bienvenue si éloquentes de nos magistrats, après les témoignages de sympathie si généreusement exprimés par Messieurs les délégués officiels des gouvernements étrangers ; je reste chargé d'un rôle bien difficile et que j'aurai sans doute autant de peine à remplir que j'ai mis d'hésitation à l'accepter.

Beaucoup d'entre vous me sachant peut être plus chirurgien que gynécologue ont certainement été surpris d'apprendre que j'avais été appelé à la présidence de ce congrès.

Il se sont sans doute demandé par quel concours de circonstances j'étais élevé à semblable dignité.

J'éprouve moi-même un certain embarras à leur en expliquer les motifs, car je ne sais les trouver que dans l'événement fort douloureux qui nous a brusquement privés du président que vous vous étiez donné.

Notre ami, le professeur Vulliet, enlevé prématurément à notre affection devait être remplacé, et si le choix de ceux qui avaient mission de le faire, s'est porté sur moi, je n'y puis voir que la preuve d'une grande bienveillance et surtout d'une excessive indulgence à mon égard.

Je les en remercie sincèrement, et puis les assurer en revanche, du profond désir qui m'anime de me montrer à la hauteur de la mission si honorable qu'ils m'ont confiée.

Vulliet n'est plus, mais ceux qui l'ont approché ne l'ont point oublié.

Ils ont encore présents à l'esprit son abord cordial, son dire fin, sa manière de discussion parfois un peu paradoxale, mais ne revêtant jamais la forme désobligeante qui éloigne.

Prime-sautier de tempérament, Vulliet abordait souvent les questions par un côté inattendu, surprenant même; mais c'était toujours avec plaisir qu'on l'écoutait; souvent avec profit qu'on enregistrait ses opinions.

Ses travaux eux-mêmes sont marqués au coin de cette originalité très intéressante, et la trace qu'ils ont imprimée dans le vaste champ des recherches scientifiques a sa profondeur.

Ce n'est ici ni le lieu, ni le moment de faire la biographie de celui qui n'est plus; mais c'est un devoir pour moi au début de ce congrès, qu'il aurait magistralement présidé, de lui accorder une pensée de regret.

Il reste de lui un souvenir très vivant chez tous ceux qui l'ont aimé et compris; quant à ceux qui ne l'ont point connu ils me pardonneront, j'en suis certain, cette digression forcément empreinte de tristesse, dans le sentiment qu'un souvenir parti du cœur mérite toujours d'être exprimé. *(Applaudissements prolongés.)*

Mesdames, Messieurs, voici de longs mois écoulés durant lesquels nous avons préparé la réception de ce jour.

Longues attentes, car lorsqu'il s'agit d'accueillir des hôtes tels que vous, une angoisse fort légitime envahit tous ceux qui, comprenant leurs responsabilités, ont à cœur de les épouser sans défaillance.

Les nouvelles venues du dehors se sont succédées de plus en plus nombreuses, et, je puis le dire de plus en plus réconfortantes.

Soutenus par des témoignages de sympathie aussi manifestes, notre courage a grandi peu à peu, aussi est-ce avec une joie bien naturelle qu'approchant du terme de notre mandat, nous avons envisagé l'avenir de notre congrès avec confiance.

La grande joute scientifique dont je salue l'aurore va permettre enfin à ses modestes organisateurs d'ouvrir leurs rangs pour faire la haie à la savante phalange qui dès ce soir descendra dans l'arène.

Nous allons enfin. recueillant le fruit de nos efforts, bénéficier largement de la récolte si impatiemment attendue.

Mais permettez qu'avant tout je témoigne ma reconnaissance à ceux qui nous ont si précieusement appuyés et soutenus ; à MM. Kufferath et Jacobs en particulier.

Ces distingués confrères ont été le précieux trait d'union entre Bruxelles et Genève.

Je passe sous silence les membres de notre comité genevois en exprimant toutefois l'espoir que vous reconnaissiez vous-mêmes leurs mérites ; mais je ne puis m'abstenir de rendre hommage aux initiateurs des congrès internationaux de gynécologie et d'obstétrique ; l'heureuse initiative qu'ils ont prise a fait un rapide chemin.

L'enfant conçu par eux a vu le jour à Bruxelles le 14 septembre 1892, rappelons cette date afin qu'elle reste gravée dans notre mémoire, comme mérite de l'être celle d'un glorieux anniversaire.

Le nouveau-né, Messieurs, vous l'avez reçu dans vos bras ; vous l'avez entouré de sollicitudes éclairées, mais qui plus est vous lui avez porté bonheur ; car, grâce à votre féconde impulsion, un petit frère lui succède aujourd'hui. — Genevois celui-là, il contribuera pour sa part, en compagnie de son aîné, à la conservation de l'espèce : Congrès gynécologique et obstétrical. *(Applaudissements.)*

La création de ce congrès était donc chose nécessaire, indispensable, les faits le prouvent et l'avenir l'affirmera toujours davantage. L'internationalisme scientifique, je ne parle que de celui-là, n'ayant jamais personnellement versé dans la politique, l'internationalisme qui tend à unir toutes les activités, toutes les forces scientifiques est une grande chose! Groupées en un faisceau puissant ces forces nous permettront d'atteindre sûrement le but commun poursuivi par chacun de nous individuellement.

But éminemment humanitaire puisque sa tendance unique et constante consiste à réaliser tous les progrès qui peuvent concourir à équilibrer le budget de la santé féminine. C'est vers cet internationalisme que nous voguons à pleines voiles aujourd'hui; et c'est à lui que nous devrons en grande partie les futurs progrès.

C'est par ces consultations universelles que nous aplanirons bien des points de pratique, que nous établirons des règles fermes, des ordonnances; celles relatives au rôle et aux responsabilités des sages-femmes, par exemple. C'est en écoutant les avis venus de toute part, en apprenant à connaître les perfectionnements apportés dans tous les pays à la construction, à l'aménagement comme à la désinfection des maternités, que nous viendrons à bout de la septicémie puerpérale, pour ne parler que de ce cruel fléau.

Une nomenclature universelle faciliterait aussi nos travaux et tel est bien le rôle de nos congrès internationaux que d'y travailler.

Nos séances vont s'ouvrir; des questions de première importance sont inscrites à l'ordre du jour; des discussions nourries se préparent et les sujets librement choisis par vous ont un cachet d'actualité qui ne saurait échapper à personne.

Une tendance excellente dont je constate avec plaisir les traces dans le programme du présent congrès, est celle qui consiste à revenir sur un sujet discuté déjà dans de précédentes réunions.

C'est la preuve d'un sérieux effort, et de l'intérêt que chacun reconnait à ces graves questions.

Cent fois sur le métier remettez votre ouvrage

conseillait le poète.

Vous allez nous dire en effet, après quatre années de contrôle et d'expérience, tout ce que vous pensez du *traitement des suppurations pelviennes*.

Il est peu d'années encore, ce titre même était inconnu, on parlait d'affections internes donnant lieu à de graves symptômes;

on les observait surtout après les couches, ou à la suite d'opérations obstétricales, et la quinine et le mercure, belladoné ou non, ayant donné le peu qu'ils pouvaient, les femmes s'en allaient mourant entourées de soins et de cataplasmes!

Aujourd'hui, grâce à vos travaux, grâce aux progrès incessants de la clinique, grâce surtout à de sérieux protocoles échangés entre les sociétés savantes, comme aussi dans les congrès, la question s'élucide peu à peu; l'horizon se dégage.

L'anatomie pathologique poursuit son œuvre, la clinique confirmée ou éclairée par elle devient plus sûre dans ses interventions et celles-ci à leur tour, en se multipliant, soulèvent des questions nouvelles; questions d'opportunité, de choix, d'importance dans la détermination thérapeutique.

La lutte a été vive, comme l'est aussi celle suscitée par les nouvelles opérations dirigées contre les tumeurs utérines : Les uns n'acceptant que la voie vaginale, tandis que d'autres préfèrent attaquer par l'abdomen.

Mais, souffrez que je le dise, les deux méthodes rivales soutenues de part et d'autre avec une égale intensité ont parfois péché par excès.

Tout enlever, toujours enlever par les voies naturelles n'est ni possible, ni utile, ni surtout inoffensif. Ne vouloir intervenir que par la voie abdominale est exagéré, routinier, parfois dangereux.

L'entente doit donc se faire sur ce si intéressant problème gynécologique.

Une trêve devient nécessaire, car en somme personne ne le niera, il y a eu des sacrifiées. Cela s'explique dans les premières heures de la lutte, mais ce moment d'enthousiasme passé, il convient de se ressaisir et de se demander, après avoir compté les morts, non pas si le nombre qu'on accuse est supérieur ou non à celui de l'adversaire, mais si toutes étaient vraiment nécessaires. Il ne m'appartient pas de me porter juge en pareil litige, et telle n'est point mon ambition ; mais je suis certain d'exprimer le sentiment intime de plusieurs en constatant qu'il y a eu dans ces dernières années des excès opératoires, des organes inutilement sacrifiés.

Les mêmes faits se sont produits en chirurgie, lorsqu'au début de l'antisepsie on s'est en quelque sorte rué sur les articulations. Combien n'en a-t-on pas réséquées qui ne donnaient après le succès opératoire qu'un membre inutile ou gênant ?

Ces élans exagérés sont très humains sans doute, mais doivent

néanmoins être contenus; les congrès internationaux peuvent avoir sur eux, je pense, la plus salutaire influence.

La seconde question quoique moins brûlante présente aussi un vif intérêt.

Replacer et maintenir par des moyens chirurgicaux l'utérus devié est un problème qu'on a tenté de résoudre de bien des manières, avant d'oser intervenir directement le couteau et l'aiguille en mains.

Tous les procédés n'ont pas tenu les promesses qu'en faisaient leurs ingénieux inventeurs; mais, nous allons sans doute apprendre de nouveaux moyens, entendre affirmer de nouveaux succès; bref nous approcher de la vérité, de la guérison.

Le meilleur mode de fermeture de l'abdomen est un sujet auquel je porte un intérêt tout personnel, dont vous me permettrez de vous dire en deux mots la cause.

En 1874, l'université de Strasbourg mettait au concours la question suivante :

Du traitement du pédicule et de la plaie abdominale dans l'ovariotomie.

J'en fis le sujet de ma thèse de doctorat, aussi est-ce avec une curiosité bien justifiée, que j'entendrai les opinions les plus récentes relatives à ce point de pratique qui fut pendant quelque temps l'objet de mes recherches et de mes préoccupations.

Quant à l'obstétrique, dont les origines se perdent dans la nuit des âges, elle est représentée dans vos travaux par une question de statistique toute internationale.

Fréquence relative et forme les plus connues des rétrécissements du bassin, suivant les différents pays, et par un problème de thérapeutique de première importance : *Traitement de l'éclampsie.*

Ces sujets seront, espérons-le, abordés avec fruit, et la pauvre humanité y trouvera sans doute quelque profit.

Je n'ai pu que l'esquisser en quelques mots, mais le programme est vaste, et nous sommes fiers de voir notre petite Genève choisie pour un débat aussi grand.

La Genève actuelle a une lourde réputation à soutenir.

Nos ancêtres ont su par leurs travaux se faire connaître au loin, alors que les centres scientifiques, moins nombreux que de nos jours, permettaient aux petites étoiles de briller au firmament intellectuel.

Mais les choses ont bien changé; tout a grandi autour de nous,

et les ressources modestes dont nous disposons sont l'excuse du rang secondaire que nous occupons aujourd'hui.

Mais n'oubliez pas que notre tâche est lourde, car, comme un frêle esquif perdu au milieu de puissants navires, nous devons chercher notre route avec le souci constant de ne point nous faire écraser.

Se tenir au courant des progrès incessants de la science est une rude besogne pour ceux qui n'ont pas le privilège d'habiter les grands centres ; aussi sont-ils heureux ces exilés, de voir arriver la bonne nouvelle, sous la forme de généreux confrères qui veulent bien quitter la capitale pour leur apporter les provisions qui leur manquent. Nous n'avons pas la famine sans doute, mais simplement faim et soif de la nourriture scientifique.

Vous nous apportez le boire et le manger. Merci ! Soyez les bienvenus !

Il y a plus de plaisir à donner qu'à recevoir, dit-on..... Aussi vous laissant le plaisir, nous apprêtons-nous à beaucoup recevoir.

Livrez-nous les trésors scientifiques que vous possédez, nous les accueillerons avec joie. Nous vous offrirons en revanche l'hospitalité, hospitalité modeste, il est vrai ; mais, vous le savez, offerte de grand cœur.

Nous vous ouvrons la maison, elle est nette, mais peu meublée ; venez l'habiter, prenez-en possession, animez-la par votre présence et passez y heureux les heures trop courtes que vous nous faites espérer.

Mais comment pourraît-il en être autrement ? n'est-ce point votre sort habituel d'être heureux ? Gynécologues, obstétriciens n'êtes-vous pas des privilégiés en ce monde ? Car peut-on rêver rien de plus grand, de plus noble, que la science que vous cultivez ?

Cette science, qui vous permet de conserver ou de rétablir la santé des deux liens les plus puissants qui rattachent l'homme à la vie.

N'est-ce pas, entre vos mains habiles que l'enfant voit le jour, entre elles aussi que la femme retrouve la santé, la jeunesse !

N'est-ce pas grâce à vous que de la chaumière au palais, la famille reconnaissante s'écrie : La mère et l'enfant se portent bien !

Noble tâche, illustres confrères, joies intimes aussi que celles que vous éprouvez lorsque le succès couronne vos efforts.

Vos peines !... Que sont-elles vis-à-vis des résultats ? et ceux-ci vont grandissant chaque jour.

Vous n'avez pas attendu la découverte pourtant si intéressante du professeur Rœntgen pour nous dire ce que contient un corps de femme et cet X n'est plus, depuis longtemps déjà, une inconnue pour vous.

La gynécologie née d'hier, a cessé d'être la frêle jeune fille anémique et débile, que nous avons connue ; c'est une robuste créature qui peut produire et nourrir ses enfants.

Ses produits sont même si bien accueillis, qu'ils sont assurés à l'avance de ne jamais manquer de parrains.

L'empressement de ceux-ci est même si grand, qu'il chagrine parfois les esprits inquiets, que préoccupent avant tout les questions de priorité !

Rester le père de son œuvre, est cependant un droit qui semble imprescriptible, mais s'il n'a pas toujours été respecté, les congrès internationaux sont là, aujourd'hui, pour veiller sur le patrimoine scientifique de chacun, et ce n'est pas leur moindre mérite.

La recherche de la paternité dans ce domaine, devient d'ailleurs un facile devoir, grâce aux œuvres publiées dans toutes les langues, et mises, à la suite de ces imposantes réunions internationales, entre les mains de tous.

Je termine ici ce trop long discours, en vous assurant encore de la joie que nous cause votre présence, mais en vous priant, malgré les efforts faits pour vous bien recevoir, de vous souvenir du joli proverbe qui dit, ou peu s'en faut :

La plus belle ville du monde ne peut donner que ce qu'elle a !

(Applaudissements unanimes et prolongés.)

Après ce discours, la parole est donnée à M. Kufferath, président du premier congrès de Bruxelles.

M. Prof. Kufferath, de Bruxelles.

Mesdames et Messieurs,

Après tous les brillants discours que vous venez d'entendre, permettez moi encore quelques mots.

Au nom de l'ancien Comité de Bruxelles, je remercie notre cher Président des paroles aimables qu'il a bien voulu nous adresser.

J'ai maintenant une mission agréable à remplir. Comme vous le

disait le Prof. Reverdin, nous avons à Bruxelles présidé à la naissance du 1[er] Congrès; le Comité provisoire de Genève a pourvu avec succès à celle du deuxième.

Ce second nouveau-né a encore besoin de soins.

Il ne pourrait se trouver sous une meilleure garde que celle qu'il a eue jusqu'à présent.

Aussi, je vous propose, Mesdames et Messieurs, de désigner comme Comité définitif, le Comité provisoire, du 2[e] Congrès international de Genève. *(Marques unanimes d'adhésion à cette proposition et applaudissements.)*

En conséquence le Comité définitif du 2[me] Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique est constitué comme suit :

Président :	M. le professeur Aug. Reverdin.
Vice-président :	M. le D[r] Chenevière.
Secrétaires généraux :	» » » Bétrix, privat-docent à l'Université.
	» » » Cordes, privat-docent à l'Université.
Trésorier du Comité :	» » » Bourcart, privat-docent à l'Université.
Secrétaire-adjoint :	» » » de Seigneux.
Secrétaire du Comité :	» » » Keser, privat-docent à l'Université.
Membres du Comité :	» » » Gautier.
	» » » Andreæ.
	» » » Kummer.
	» » » Gampert.
	» » » Thomas.
	» » » Fontanel.
	» » » Jeandin.
	» » » Jeanneret.
	» » » Ferrière.
	» » » L. Wartmann.

M. le prof. Auguste REVERDIN, président, adresse quelque paroles pour remercier l'assemblée de la marque de confiance qu'elle vient

de donner au comité provisoire de Genève et l'assurer du zèle que celui-ci apportera à l'accomplissement de sa tâche.

Il rappelle en outre qu'à 3 heures commenceront à l'Aula de l'Université, les travaux scientifiques du Congrès et que la première question à l'ordre du jour est celle du traitement des suppurations pelviennes.

La séance est levée.



SÉANCE DU MARDI 1er SEPTEMBRE 1896

3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

Présidence de M. le professeur SIMPSON.
» » » TREUB.
» » » POLK.
» » » POZZI.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SUPPURATIONS PELVIENNES

RAPPORTEURS : M. le Prof.-Dr Bouilly, de Paris.
» » Sanger, de Leipzig.
» » Kelly, de Baltimore.

Rapport de M. le Dr G. BOUILLY, de Paris.

Messieurs, l'énoncé même de la question proposée au Congrès me dispense de toute considération préalable sur les traitements médicaux ou conservateurs dans les affections des annexes de l'utérus; il supprime d'emblée toutes les discussions encore pendantes entre les partisans de l'abstention et ceux de l'intervention ; car je pense que tout le monde est d'accord pour obéir, dans l'abdomen et le bassin aussi bien que dans toute autre région de l'économie, au vieux précepte hippocratique et pour intervenir en temps utile *dès que la présence du pus est constatée.* Le traitement des *suppurations pelviennes* est donc un traitement essentiellement chirurgical ; le principe de l'intervention est universellement admis et ne saurait être discuté; c'est donc ici les meilleurs modes d'intervention que nous avons à étudier.

Il est peu de questions en pathologie et en thérapeutique qui, en si peu d'années, aient marché d'un pas aussi rapide et provoqué l'éclosion de travaux aussi nombreux et aussi importants[1]. Depuis le mémorable rapport de mon collègue Segond au Congrès de Bruxelles de 1892 et les importantes communications qui l'ont accompagné, le traitement des suppurations du bassin chez la femme est entré dans une phase nouvelle. La méthode de traitement exposée pour la première fois par Péan au Congrès de Berlin en 1890 a suscité tant de travaux et de discussions, que votre rapporteur ne saurait même vous en présenter une énumération; il n'a

[1] Parmi les travaux les plus remarquables et les plus complets sur ce sujet: il faut citer la thèse de Baudron, Paris 1894 : *De l'Hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus (opération de Péan),* et le traité de L. et Th. Landau, Berlin, 1896: *Die vaginale Radicaloperation, Technik und Geschichte.*

eu qu'à glaner dans la riche moisson de faits qui se sont accumulés de tous côtés et à en faire la gerbe d'honneur qui marque la fin de la récolte. Je ne saurais cependant passer sous silence trois noms intimement liés à l'histoire de la nouvelle opération : Péan qui l'a imaginée, Segond qui l'a vulgarisée, Doyen qui en a donné la meilleure technique.

D'un autre côté, grâce aux progrès toujours croissants de l'asepsie et de l'antisepsie, grâce aussi à l'emploi presque systématique du plan incliné dans les opérations abdominales et aussi à l'habileté de plus en plus grande des opérateurs, la laparotomie a acquis un degré de perfection qu'il sera difficile de dépasser. Enfin, d'anciennes méthodes de traitement peu employées et peut-être trop délaissées, telles que l'incision vaginale, ont repris un regain d'actualité et de vigueur et se sont montrées dignes d'entrer en parallèle avec d'autres méthodes devant lesquelles elles semblaient devoir s'effacer.

Le but de notre tâche sera de résumer les résultats de l'expérience acquise dans ces trois dernières années, de montrer le chemin parcouru et, sans parti pris, de tirer des travaux de tous et de notre expérience personnelle les conclusions pratiques qui nous paraissent découler de la mise au point de la question.

Vous me pardonnerez si je reprends, et peut-être quelquefois sous la même forme, nombre d'arguments qui ont été déjà fournis ; je ne suis et ne dois être qu'un écho, et, dans le cours de ce rapport tout entier fait de vos travaux, chacun pourra au passage saluer et reconnaître son bien.

I

On ne saurait aborder utilement le traitement des suppurations pelviennes sans une étude préalable du *siège* de la suppuration et des éléments de diagnostic qui permettent de reconnaître la *présence du pus*. De ce double diagnostic dépendent l'indication opératoire et le choix de la méthode de traitement.

Les suppurations pelviennes, considérées au point de vue de l'intervention chirurgicale, peuvent être classées de la façon suivante :

a. Abcès du tissu cellulaire, paramétrite, phlegmon péri-utérin.

b. Abcès des trompes ou des ovaires, pyo-salpingites et ovarites suppurées.

c. Abcès péritonéaux primitifs, pelvi-péritonites, hématocèles suppurées.

d. Suppurations *complexes* dans lesquelles ces divers organes peuvent prendre simultanément part à la constitution des collections purulentes ou celles-ci se compliquer de fistules s'ouvrant soit à la peau, soit dans les organes creux du voisinage.

Il serait oiseux d'entrer ici dans les détails de pathologie et d'anatomie pathologique bien connus de tous, ayant trait à ces diverses suppurations ; mais il me paraît nécessaire de chercher *la caractéristique* de chacune de ces suppurations.

a. La *paramétrite*, le phlegmon péri-utérin suppuré, véritable abcès du tissu cellulaire pelvien, représente une tuméfaction développée le plus souvent avec le cortège ordinaire des affections aiguës ; la collection siège sur le bord immédiat de l'utérus, avec lequel elle est confondue, sans sillon intermédiaire, élargissant la base du ligament large, faisant un relief plus ou moins marqué dans le cul-de-sac vaginal latéral et pouvant empiéter sur la face antérieure de l'utérus (phlegmon de la gaine hypogastrique de Delbet) ; dans une autre forme elle est située plus haut, éloignée de l'utérus, ayant tendance à se rapprocher de la paroi abdominale sus-inguinale à la profondeur de laquelle elle semble soudée (abcès du ligament large). Dans les deux cas, quel que soit le volume de la collection, le *cul-de-sac péritonéal est conservé* et le doigt peut s'insinuer derrière la tuméfaction. La fluctuation est en général facile à percevoir par le palper et le toucher combinés.

La fièvre est toujours vive, la température beaucoup plus élevée que dans les abcès enkystés des trompes ou des ovaires ; la réaction péritonéale ne se montre guère qu'à la période avancée des accidents au moment de la menace de l'ouverture spontanée de la collection. Celle-ci a tendance à s'ouvrir dans le vagin, le rectum, la vessie ou à venir faire saillie à la paroi abdominale, de préférence au-dessus du triangle de Scarpa, à 2 ou 3 centimètres de l'arcade crurale. Elle peut se compliquer de fusées vers la cuisse, la fesse, le grand trochanter ou en haut vers le foie, les reins, le diaphragme.

Dans tous ces cas, le diagnostic de la suppuration n'est guère difficile ; la douleur continue et lancinante, la fièvre avec ses frissons, son redoublement vespéral, ses sueurs abondantes, la déchéance rapide de l'état général, enfin la fluctuation facile à percevoir, soit par le palper seul, soit plus souvent par le palper et le toucher combinés, ne permettent guère de méconnaître la présence du pus.

Après ces graves accidents, le plus souvent les femmes se rétablissent d'une manière complète ; les fonctions génitales s'exécutent normalement et des grossesses consécutives peuvent se produire et être conduites à terme sans encombre.

La chose est plus délicate dans les formes *chroniques* de l'abcès pelvien du tissu cellulaire. La suppuration peu abondante, quasi-concrète, peut se trouver renfermée dans une petite cavité profonde circonscrite de toutes parts par des tissus indurés, épaissis, lardacés, à travers lesquels il n'est pas possible de percevoir de fluctuation. L'apparence est plus souvent celle d'une tumeur que d'une suppuration ; toute la masse est collée, adhérente et confondue avec les tissus voisins. Un pareil état peut durer des mois et des années sans donner lieu à autre chose qu'à des douleurs vagues et irrégulières, et à des poussées fébriles mal réglées et à intermittence irrégulière. C'est à l'occasion d'une de ces poussées fébriles avec augmentation de la douleur et de la tuméfaction que l'abcès est recherché et reconnu. Le diagnostic s'impose, s'il y a coïncidence d'une fistule vaginale ou cutanée ou d'un écoulement purulent par un des organes du voisinage. La difficulté est portée à son maximum quand, avec le tissu cellulaire pelvien, les annexes et le péritoine ont participé à l'infection. Un élément important de diagnostic est fourni par la sensation de dureté *ligneuse* donnée par le tissu chroniquement enflammé de la base des ligaments larges, par l'induration propagée le long des branches ischio-pubiennes, par la dureté de la paroi abdominale antérieure. Les pelvi-péritonites chroniques d'origine annexielle, les collections tubaires et salpingées les plus anciennes et les plus adhérentes ne donnent pas lieu à une pareille induration des tissus. Du reste, et même en cas de doute, l'indication opératoire est formelle et l'opération s'impose, quel que soit le siège initial de la suppuration.

b. On ne saurait confondre dans une même description les divers types de la suppuration des trompes. Que de nuances et de différences dans l'aspect et la disposition des diverses collections tubaires. Un cordon noueux, bosselé, du volume d'un crayon ou d'un doigt se dirigeant en dehors et en bas, plus mince en général près des bords de l'utérus, augmentant de volume de dedans en dehors, ou couché transversalement derrière le col utérin, représentera la salpingite parenchymateuse suppurée, dans laquelle les parois épaissies forment la plus grande partie de la tuméfaction, et où la cavité petite, rétrécie et oblitérée par places, ne contient que quelques

gouttes de pus ou bien une petite collection enfermée dans les franges du pavillon ou circonscrite en dehors par des adhérences et des fausses membranes.

Le toucher et le palper combinés ne permettent de sentir qu'une tuméfaction mal limitée, dans laquelle il est impossible le plus souvent de distinguer l'ovaire de la trompe et où le doigt vaginal fait sentir une bosselure plus rénitente et plus dépressible.

L'épaississement des tissus autour de cette tuméfaction, son immobilité, sont des signes importants traduisant des phénomènes inflammatoires accentués et anciens et tout à fait favorables à l'idée d'une suppuration enkystée de la trompe.

Le volume plus considérable de la masse, la fluctuation facile à percevoir, la régularité appréciable des contours, appartiennent aux pyo-salpinx de moyen volume ainsi qu'aux ovarites suppurées. Une petite pomme, une mandarine, une orange, représentent les dimensions ordinaires.

Le cul-de-sac postéro-latéral, plus rarement le cul-de-sac postérieur seul, l'un des bords de l'utérus, à un niveau plus ou moins élevé, en sont le siège ordinaire. Souvent l'une des tumeurs latérales est franchement ramollie et fluctuante, tandis que l'autre est encore résistante et ferme ; souvent l'une des lésions est située haut et au niveau de l'une des cornes utérines, tandis que l'autre est plongée dans le cul-de-sac postérieur ou déforme le cul-de-sac latéral ; pyo-salpinx collecté d'un côté ; salpingite en voie de développement du côté opposé. Toutes les combinaisons sont possibles.

Enfin, dans les volumineux pyo-salpinx, les signes sont beaucoup plus manifestes ; la collection peut être assez volumineuse pour que, chez des femmes maigres, la paroi abdominale soit soulevée en un point, dans une des fosses iliaques en général, et fasse saillie comme dans un kyste de l'ovaire ; le palper seul et, *a fortiori*, le palper et le toucher y déterminent une fluctuation évidente et y font reconnaître par place des points plus durs et douloureux. Tout le bassin est plein ; l'utérus est difficile à délimiter ; les culs-de-sacs sont effacés.

Presque toujours pourtant, le doigt ou l'ongle peut légèrement s'insinuer entre le col et la masse adjacente.

Petites salpingites parenchymateuses suppurées, petits ou moyens pyo-salpinx, grosses collections tubaires ou ovariennes, un lien clinique réunit toutes les lésions d'apparence si différente et permet d'en faire le diagnostic ; à chacune d'elles correspond une même histoire clinique, sans laquelle les signes seraient souvent insuffisants

pour permettre de reconnaître la nature de la lésion. La connaissance d'un passé génital plus ou moins ancien, la persistance des symptômes et des signes, les poussées inflammatoires à répétition, l'augmentation de volume ou l'absence de diminution des tuméfactions, la déchéance de l'état général ne permettent guère de méconnaître la suppuration dans les cas chroniques.

Dans quelques cas, la suppuration tubaire peut s'être faite d'une façon latente et à la première poussée fébrile de pelvi-péritonite on reconnaît une grosse collection qui ne s'était traduite par aucun phénomène clinique; l'examen des pièces enlevées ne permet pas de méconnaître la date éloignée du début en faisant reconnaître des lésions dont le développement est bien antérieur aux phénomènes aigus qui ont précédé l'intervention. La présence du pus ne peut guère être alors que soupçonnée, et la nature même de la lésion peut être méconnue si les annexes du côté opposé ne sont pas en même temps atteintes.

Le diagnostic de la présence du pus est plus simple dans les cas aigus où, parallèlement à la marche des symptômes généraux, on peut suivre le développement d'une masse péri-utérine qui, en quelques jours ou quelques semaines, arrive au ramollissement et à la fluctuation.

c. Sans vouloir faire un recul ni méconnaître l'importance capitale des lésions annexielles sur la production de la péritonite pelvienne, il est impossible de ne pas admettre une *pelvi-péritonite primitive* dans laquelle l'infection se propage directement au péritoine sans passer par la trompe. La puerpéralité et la gonorrhée sont les causes ordinaires de cette infection; j'ai eu l'occasion d'inciser une abondante collection péritonéale suppurée chez une jeune femme ayant subi auparavant par la laparotomie l'ablation bilatérale des annexes.

L'utérus était redevenu le siège d'une nouvelle gonorrhée et le péritoine pelvien était rempli de pus.

Dans ce cas, le maximum des signes est au cul-de-sac postérieur; le Douglas est déprimé, saillant vers le vagin ; l'utérus est refoulé en avant, en général possible à palper au-devant de la collection, ayant souvent son fond déjeté sur un des côtés; il n'existe pas entre sa face postérieure et la tuméfaction le moindre sillon intermédiaire dans lequel l'ongle puisse s'insinuer. La face postérieure de l'organe forme la face antérieure de la collection.

Le diagnostic du *siège* et de la *nature* de la tuméfaction ne saurait être fondé sur la simple constatation des signes physiques. Les cir-

constances dans lesquelles s'est développée l'affection (puerpéralité, gonorrhée aiguë), l'intensité des phénomènes généraux sont des éléments d'appréciation indispensables.

Les mêmes considérations doivent s'appliquer aux hématocèles suppurées qui constituent de véritables abcès péritonéaux primitifs.

d. Enfin, il est nécessaire d'admettre des *suppurations pelviennes complexes* dans lesquelles les divers organes et les divers tissus de la région prennent part à la constitution des collections purulentes. Sous ce titre, on peut ranger : 1° la suppuration du tissu cellulaire péri-utérin en même temps que celle de l'un ou des deux ovaires; 2° la suppuration d'une trompe compliquée d'un abcès péritonéal enkysté au voisinage du pavillon ou enfermé dans des fausses membranes dans la région du cul-de-sac de Douglas; 3° l'ouverture des collections purulentes dans un des organes creux du voisinage ou à la peau, ou simultanément dans divers points, et en pareil cas, un état phlegmoneux chronique du tissu cellulaire péri-utérin et pelvien, en coïncidence avec une tumeur fluctuante, tubaire ou ovarique à tension variable avec son contenu et avec l'état de réplétion ou de vacuité; 4° plus rarement une suppuration péritonéale aiguë par rupture ou effusion du contenu d'un pyo-salpinx.

II

Quelle que soit la disposition anatomique, simple ou compliquée, la présence du pus impose la nécessité de l'intervention, soit d'urgence, soit *à froid* avec le choix du moment de l'intervention. Abandonner à l'ouverture spontanée une paramétrite suppurée, laisser dans l'abdomen une trompe ou un ovaire purulents, c'est compromettre le présent et engager l'avenir. La notion de la suppuration entraîne l'indication opératoire.

Les trois grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes sont : 1° L'*incision simple* suivie de drainage, pratiquée par la paroi abdominale ou par la paroi vaginale; 2° l'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par la *laparotomie;* 3° l'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin, grâce à l'*hystérectomie vaginale,* avec ou sans morcellement de l'utérus.

Malgré l'habile plaidoyer de notre très regretté collègue Vulliet [1] et en dépit des quelques succès obtenus, soit par la ponction simple, soit par la ponction suivie de lavages au sublimé ou d'injection iodée [2], je rejette absolument la ponction comme méthode de traitement des suppurations pelviennes. On ne voit guère les circonstances qui peuvent exiger ou autoriser cette manœuvre, actuellement réprouvée pour toutes les collections suppurées. Elle ne peut être considérée que comme un moyen de diagnostic dans les cas douteux. La ponction n'est que le premier temps du traitement par incision pratiquée sur le trocart-aspirateur resté en place et servant de guide. Tout au plus peut-elle être considérée comme un moyen de traitement contre les exsudats séreux de la pelvi-péritonite ou l'hydro-salpingite, sujet dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

L'*incision simple* ne saurait être discutée dans le traitement des abcès chauds du tissu cellulaire de la cavité pelvienne ; elle a fait ses preuves et remplit toute l'indication. Pratiquée par la *voie abdominale*, tantôt elle représente la simple ouverture évacuatrice des collections devenues superficielles du phlegmon de la fosse iliaque ; tantôt, grâce au procédé de la *laparotomie sous-péritonéale* de Pozzi, elle va chercher et ouvrir des collections encore profondément situées dans le bassin.

Dans certains cas de phlegmon chronique du tissu cellulaire pelvien, avec épaississement lardacé et induration des tissus de la paroi, l'incision pratiquée, de préférence sur la ligne médiane, permet d'atteindre et d'ouvrir un petit foyer purulent sus- ou rétro-pubien, perdu dans la profondeur et capable d'entretenir pendant un temps indéfini des phénomènes locaux et généraux, à poussées récidiventes, pouvant simuler une affection des annexes.

L'incision *vaginale* représente le traitement de choix dans les abcès *aigus* du tissu cellulaire pelvien de la gaine hypogastrique ou dans les collections du ligament large dont le relief se prononce surtout vers la face postérieure ; par le toucher et le palper combinés, il est facile de déterminer un point saillant, ramolli et fluctuant, qui impose le siège de l'incision.

[1] *Congrès de Gynécologie de Bruxelles,* 1892.

[2] Le Dentu, *Arch. Obstétrique et Gynéc.* 1892. — Nitot, *Soc. Obstétric. et Gynéc.,* 5 mai 1892. — Routh, *Répert. univers. d'Obst. et de Gyn.,* 1889, etc. — Duret, *Journ. des Sc. Méd. de Lille,* 1893. — Hervot, *Thèse de Paris,* 1887.

Il n'est pas besoin non plus d'arguments pour démontrer l'excellence de l'incision vaginale et du cul-de-sac peritonéal postérieur, pour l'ouverture de certaines *pelvi-péritonites suppurées* d'origine puerpérale, post-abortive, ou même gonorrhéique, dans lesquelles les annexes sont peu ou ne sont pas touchées et où la simple évacuation du pus suffit à donner une guérison rapide [1]. La même remarque s'applique aux hématocèles rétro-utérines suppurées. Enfin, dans quelques cas d'infection péritonéale post-opératoire, quand de la sérosité ou du sang accumulés dans le bassin se vident mal par un drainage antérieur, suppurent et donnent lieu à l'infection, une incision du cul-de-sac suivie de drainage et de lavage peut faire tomber les accidents les plus graves comme par enchantement.

La plupart des cas heureux traités par l'incision vaginale se rapportent à des suppurations de ce genre, péritonéales, hématiques ou cataloguées sous le nom un peu vague de périmétrite postérieure. Ces cas doivent être nettement distingués et se prêtent à merveille à la méthode en question, dont ils constituent la meilleure indication.

La question est plus complexe quand il s'agit de l'incision vaginale appliquée au traitement de suppurations enkystées de *la trompe* ou de *l'ovaire*. A l'école de Lyon revient le mérite d'avoir tenté la réhabilitation et la généralisation de cette ancienne méthode, dont une meilleure application a donné des succès qui ne sauraient être contestés. Laroyenne et ses élèves Blanc, Goullioud [2], plus récemment M. Vincent et son élève La Bonnardière [3], ont cherché à généraliser cette méthode et à en faire presque le traitement unique

[1] Synnéphias, *Thèse de Paris*, 1894, Suppurations péri-utérines post-puerpérales ou post-abortives et de leur traitement par l'élytrotomie. — Rodriguez, *Thèse de Paris*, 1895, De l'incision du cul-de-sac postérieur et du drainage para-utérin dans les suppurations et hématomes pelviens.

[2] Laroyenne, De la péritonite chronique, compliquée d'un épanchement latent de nature purulente, séreuse ou hématique, *Lyon Médical*, 21 fév. 1886. — Ed. Blanc, *Th. de Lyon*, 1887, De l'inflammation péri-utérine avec épanchements latents de nature purulente, séreuse ou hématique. — Goullioud, Débridement vaginal des collections pelviennes, *Congrès français de chirurgie*, 1889, et *Congrès de Gynécologie*, Bruxelles, 1892.

[3] La Bonnardière, Du traitement des collections pelviennes par l'élytrotomie postérieure interligamentaire et le drainage pelvien par un drain double à pavillon d'arrêt, *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, janv. et fév. 1896.

des suppurations pelviennes. Les cas très nombreux de guérison rapportés par ces auteurs et les grossesses nettement constatées après cette intervention par Goullioud[1], semblent bien faits pour imposer la réflexion et provoquer un retour vers cette méthode.

La méthode de Laroyenne, qui consiste en un large et quelquefois multiple débridement par le cul-de-sac postérieur, conviendrait aux collections inflammatoires diverses du petit bassin, pourvu qu'elles forment une poche qu'on puisse atteindre par le milieu ou les côtés du cul-de-sac de Douglas. Outre les bons résultats fournis dans les suppurations péritonéales et paramétritiques, elle donnerait des succès durables dans le pyo-salpinx adhérent au fond du bassin et dans beaucoup de cas de collections multiples. Sa bénignité est considérable, la mortalité n'étant guère que de 2 à 3 °/o en tenant compte des cas imprévus où la mort survient par suite d'une erreur de diagnostic, d'une opération secondaire ou d'une opération trop tardive (Goullioud).

Avec des affirmations de ce genre, émanant d'hommes aussi considérables et aussi autorisés que nos distingués collègues lyonnais, et en tenant compte des faits nouveaux publiés d'autre part[2], cette intervention ne saurait être regardée comme une quantité négligeable. Tous nos efforts actuels doivent donc tendre à préciser ses indications et les limites de son action.

Dans un autre travail[3] j'avais réservé l'incision vaginale dans le traitement des salpingo-ovarites suppurées aux poches unilatérales, à parois peu épaisses, facilement fluctuantes, bas situées sur les côtés de l'utérus ou pouvant être amenées par la pression hypogastrique au contact de la paroi vaginale. Je la conseillais surtout dans les suppurations *aiguës* de l'ovaire ou de la trompe, s'accompagnant d'un état général grave et dans lesquelles la virulence exaltée du pus contre-indique une laparotomie ou une hystérectomie d'emblée.

Cette dernière donnée a été admise presque généralement et sa mise en pratique a été suivie des résultats immédiats les plus heureux; la laparotomie faite en plein milieu d'accidents septiques et avec un pus fétide donnant encore une proportion de mortalité considérable.

[1] Goullioud, *Congrès français de chirurgie*, 1894.
[2] Thèses citées.
[3] *Bullet. de Société de Chirurg.*, 2 juillet 1890.

Des faits nouveaux sembleraient permettre d'étendre aujourd'hui ces indications et d'attaquer *à froid* des collections tubaires ou ovariennes suppurées siégeant dans le cul-de-sac postérieur ou dans un des culs-de-sacs latéraux. La thèse de Rodriguez faite sous l'inspiration de M. Tuffier, renferme 16 cas de salpingites suppurées avec 14 guérisons, 1 mort par embolie (?), 1 fistule persistante ; la thèse de Rosenblat en relate 4 cas guéris ; dans le travail de La Bonnardière, on trouve rapportés 80 faits tirés de la pratique de M. Vincent et suivis de guérison. Il y a lieu de remarquer que parmi ces derniers un grand nombre ont trait à des hématocèles, à des pelvi-péritonites, à des périmétrites.

Pour l'auteur de ce dernier travail « toute collection pelvienne suppurée, accessible par le cul-de-sac postérieur et ayant résisté au traitement médical, est justiciable de l'élytrotomie interligamentaire postérieure, suivie de drainage. »

Cette formule si absolue en apparence ne s'éloigne pas sensiblement des règles que nous avons nous-mêmes indiquées, car elle se trouve singulièrement amendée par cette restriction que, pour intervenir et par définition, l'auteur entend que « le pus soit collecté et que la collection soit accessible par le cul-de-sac postérieur. Les indications n'ont donc pas sensiblement été modifiées. Appliquée au traitement des collections tubaires ou ovariennes, l'incision vaginale ne sera de mise que : 1° *si cette collection est facilement accessible* par le cul-de-sac postérieur ; 2° si elle peut être évacuée en totalité et ne représente que des lésions peu compliquées dans leur disposition. C'est en s'éloignant de ces données qu'on s'expose à faire des incisions vaginales *blanches* et à ne reculer que de quelques jours une intervention radicale qui aurait pu être plus utilement faite d'emblée.

Le progrès le plus sensible a été réalisé dans la technique opératoire ; déjà Pozzi[1], Reverdin[2], puis Segond, Doyen[3] ont insisté sur l'inutilité et les dangers du trocart et du métrotome de Laroyenne ; tous les chirurgiens aujourd'hui incisent franchement le cul-de-sac postérieur et la collection à l'aide du bistouri ou des ciseaux (Vincent de Lyon). Les seuls préceptes utiles à retenir sont que l'incision doit toujours être placée dans le cul-de-sac postérieur,

[1] *Bullet. Soc. Chirurgie*, 1886.
[2] *Ibid.*, 1888.
[3] Congrès de Bruxelles.

même quand il s'agit d'une collection latérale, et ne pas dépasser 3 à 4 centimètres d'étendue transversale; que l'ouverture de la collection doit être aussi large que possible et souvent complétée par l'introduction du doigt ou d'un instrument dilatateur, et qu'elle doit être suivie d'un drainage longtemps gardé en place. Nous préférons l'incision transversale et nous ne voyons pas nettement les avantages de l'élytrotomie postérieure interligamentaire de Boisleux. Cette incision antéro-postérieure représente une boutonnière mal disposée pour l'écoulement du pus; et l'intégrité des ligaments utéro-sacrés n'a guère besoin d'être respectée quand une périmétrite postérieure a induré, épaissi le péritoine rétro-utérin et le plus souvent comblé le Douglas.

La question du drainage est beaucoup plus importante en pareil cas que le sens de l'incision; l'absence ou le retard de guérison, la persistance des fistules, les accidents de rétention reconnaissent le plus souvent pour cause une mauvaise évacuation. Celle-ci doit être assurée par la pose d'un gros tube en croix ou du drain double à pavillon de Vincent; le tamponnement de la poche à la gaze iodoformée ne peut être considéré comme utile que pendant les premières 24-36 heures pour assurer l'hémostase des bords de l'incision. Au bout de ce temps, il est retiré pour ne plus être renouvelé et le tube est laissé en place jusqu'à ce qu'il n'y ait plus qu'un écoulement insignifiant.

Tandis que MM. Laroyenne et Goullioud proscrivent d'une façon générale les injections dans la cavité suppurante et les réservent aux vastes poches, à sécrétion très abondante, à coque peu rétractile, M. Vincent recommande des irrigations antiseptiques quotidiennes et abondantes de la cavité purulente par l'intermédiaire des drains.

Des statistiques étendues font encore défaut aujourd'hui pour juger de la valeur de l'incision vaginale dans le traitement des collections tubaires ou ovariennes. On peut la considérer comme une méthode utile et définitivement curative dans un certain nombre de cas peu nombreux que j'ai eu soin de spécifier, comme une ressource précieuse dans des cas aigus où une intervention plus importante pourrait être trop grave et comme une opération *d'attente* et *d'essai* sans inconvénients ni dangers pour une ablation radicale ultérieure.

C'est avec la même réserve et en la considérant comme une méthode *d'exception* que nous plaçons ici, à la suite toute naturelle de

l'incision vaginale, l'*extirpation par le vagin* de petits pyo-salpinx ou de petites ovarites suppurées.

Supprimer la cicatrice abdominale, conserver l'utérus et les annexes du côté opposé, tel est le but et le rôle idéal de cette opération. Malheureusement, les conditions favorables à ce genre d'intervention sont pour ainsi dire exceptionnelles ; un vagin large et extensible, une petite tumeur unilatérale, ne dépassant guère le volume d'un œuf ou d'une mandarine située dans le cul-de-sac de Douglas ou près du bord inférieur de l'utérus, peu adhérente, non entourée de tissus épaissis et indurés, une bonne attitude de l'utérus non fixé en rétroversion, telles sont ces conditions rares et presque exceptionnelles. Pour ainsi dire, l'opération n'est indiquée qu'à la condition d'être facile.

Pour les lésions suppurées, l'indication en est rare ; elle est peut-être un peu plus fréquente pour quelques cas de salpingite catarrhale ou interstitielle, d'hydro-salpingite ou d'ovarite kystique ; la bilatéralité des lésions contre-indique cette opération d'une façon absolue et même, en cas de lésion unilatérale, les adhérences et la fusion avec les tissus voisins réclament de préférence l'incision vaginale simple ou la laparotomie ; la même contre-indication existe si les annexes sont élevées, situées près du fond de l'utérus ou rapprochées de l'enceinte osseuse pelvienne. Sur un très grand nombre de malades je n'ai trouvé que six cas de pyo-salpinx ou d'ovarites suppurées présentant les conditions requises. Plusieurs fois j'ai dû m'arrêter devant la difficulté d'amener à la brèche vaginale les annexes adhérentes ou trop élevées ou devant la constatation de la bilatéralité des lésions. L'incision du cul-de-sac postérieur représente alors le premier temps de l'hystérectomie vaginale.

La technique doit être simple : incision transversale, détachement et attraction des annexes avec les doigts recourbés en crochet ou avec une pince en cœur, application suivant le cas d'une pince à forcipressure ou d'une ligature à la soie sur le pédicule. D'autres fois, la collection plus considérable doit être d'abord ponctionnée et vidée, et ce n'est qu'après son évacuation qu'elle peut être facilement amenée à l'extérieur[1].

[1] H. Byford, *Americ. Journ. of Obst.*, avril 1888 et mars 1892. — Picqué, in Bonnecaze, *Thèse de Paris*, 1889. Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de la trompe et de l'ovaire —

III

Avant d'aborder le traitement des suppurations pelviennes par la laparotomie ou l'hystérectomie, une question préalable se pose ; quand doit-on intervenir ? D'une façon générale, l'abstention doit être la règle au cours d'une période inflammatoire aiguë, que cette poussée soit la première manifestation des lésions annexielles ou qu'elle ne soit que la récidive de poussées anciennes à répétition. Malgré la gravité apparente des symptômes, en dépit de la réaction péritonéale, dans l'immense majorité des cas, l'opération d'urgence ne s'impose pas. Ces poussées sont plus effrayantes que graves et presque toujours, pour ne pas dire toujours, elles se terminent en quelques jours par la chute des accidents et le retour à l'état antérieur, en laissant parfois une aggravation dans les symptômes et les signes. Au cours de cet état aigu, la virulence du pus s'exalte et la gravité des opérations augmente ; le maximun de mortalité appartient aux laparotomies faites dans ces conditions.

En outre, sous l'influence de la poussée aiguë, la physionomie des lésions se modifie ; le petit bassin devient le siège d'exudats qui semblent augmenter le volume des collections ; la paroi abdominale antérieure peut présenter cet aspect singulier connu sous le nom de *plastron* abdominal ; le toucher et le palper deviennent incapables d'apprécier sainement les lésions, et l'on serait facilement disposé à reconnaître à celles-ci un volume et une importance qu'elles n'ont pas en réalité et à conclure à des interventions plus graves qu'il n'est nécessaire.

Dans ces conditions, il faut temporiser. Il est difficile d'assigner une date à l'intervention ultérieure : ce n'est ni par jours, ni par mois qu'il faut compter ; c'est l'observation de la malade, le retour d'un état général meilleur, la chute complète de la fièvre, l'indolence relative des lésions locales, la perte de sensibilité de la séreuse

Goullioud, *Lyon Médical,* 1893, nos 5 et 6. — Laroyenne, Ablation des annexes par la voie vaginale, *Ann. de Gyn. et Obst.,* juillet 1893. — Condamin, De l'ablation des annexes par la voie vaginale dans la salpingo-ovarite enkystée, *Lyon Médic.,* 8 juillet 1894. — Bouilly, Des indications et de la valeur de l'incision vaginale, *Congrès de Chirurgie,* 1895. — Jaboulay, Laparotomie vaginale, *Province Médicale,* oct. 1895. — Breffeil, Cœliotomie vaginale postérieure appliquée à l'ablation unilatérale des annexes, *Th. de Bordeaux,* novembre 1895.

péritonéale, explorée par la région hypogastrique qui, seules, pourront fournir les éléments d'une détermination opératoire opportune. On pourrait aussi et avec avantage étudier, à ce point de vue, la virulence du pus retiré par une ponction capillaire exploratrice.

En revanche une aggravation continue de l'état général, l'absence de chute de la fièvre et des douleurs au bout de la moyenne de quinze à vingt jours de durée, l'augmentation persistante du volume des collections et la menace de leur ouverture spontanée dans un organe du voisinage, ou après la chute des accidents aigus du début, l'établissement de la fièvre hectique et la dénutrition générale du sujet, sont autant d'indications de l'intervention en même temps que leur ensemble constitue des signes de quasi-certitude de la suppuration des lésions. Le plus souvent alors, l'agent virulent est le streptocoque ; dans les cas ou il y a coexistence du streptocoque et du coli-bacille dans les suppurations pelviennes graves, on peut prévoir des adhérences étroites entre la poche suppurée et la paroi intestinale[1]. Sur 33 cas, Hartmann et Morax ont trouvé 13 fois le gonocoque chez des femmes ayant eu des poussées pelvi-péritonitiques récentes remontant à un temps qui variait de trois semaines à quatre mois au maximum, le plus souvent à quatre ou cinq semaines[2].

L'époque des règles devra être de préférence évitée. La grossesse ne constitue pas une contre-indication en cas de suppuration pelvienne[3].

Nous aborderons maintenant le traitement des suppurations pelviennes par la laparotomie et l'hystérectomie vaginale, les véritables grandes méthodes qui méritent d'être mises en parallèle et dont la saine application peut répondre aux plus graves et aux plus utiles indications de la chirurgie abdominale. Il ne s'agit plus aujourd'hui d'introduire ni de faire accepter dans la pratique l'opération de Péan ; depuis la première communication sur ce sujet faite par l'auteur lui-même au Congrès de Berlin (1890), depuis le remar-

[1] Jayle. Examen bactériologique de 30 cas de suppuration pelvienne *Bullet. Soc. Anatom.*, 1885, p. 222. — Id., Pathogénie de quelques fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. *Ibid.*, 1895, p. 734.

[2] Hartmann et Morax, Bactériologie des suppurations péri-utérines. *Annales de Gynéc.*, juillet 1894.

[3] Michie, *Presse médicale*, 1895, p. 232, Suppuration pelvienne compliquant la grossesse.

quable rapport de Segond au Congrès de Bruxelles (1892), cette opération, âgée à peine de quelques années, a rapidement fait son chemin dans le monde. Les attaques et les défenses passionnées dont elle fut l'objet à son début, les revendications ardentes et quelquefois un peu violentes à propos de la priorité de son idée et de son exécution, les nombreux travaux qu'elle a suscités un peu partout et l'idée même du Comité permanent de notre Congrès de remettre cette question à l'ordre du jour, sont autant de preuves de l'importance de la nouvelle méthode. Le temps est suffisant aujourd'hui pour que l'expérience de chacun ait pu se faire sur ce point, et cette épreuve du temps n'a fait que confirmer l'importance et la valeur de la nouvelle opération.

Les initiés de la première heure sont restés fidèles à la doctrine et un très grand nombre de convertis et de ralliés sont venus grossir leurs rangs. Je suis plus à l'aise que personne pour faire cette déclaration ; par une tendance naturelle de l'esprit humain à trouver mauvaises et subversives les choses que l'on ne connaît pas bien ou que l'on ne sait pas faire, j'ai dès le début et par des raisonnements *a priori* combattu en faveur de la laparotomie contre l'hystérectomie, en ne lui faisant que des concessions restreintes. Rapidement, grâce à une meilleure connaissance des choses et à une pratique étudiée et raisonnée, j'ai reconnu l'excellence de la nouvelle méthode et je le déclare aujourd'hui comme une vérité qui m'a été démontrée par les faits : l'hystérectomie vaginale par les procédés actuels est le plus grand progrès réalisé en gynécologie dans ces dernières années.

Beaucoup de mes collègues ont subi la même évolution.

Il ne saurait donc plus être question aujourd'hui de diviser les chirurgiens en *laparotomistes* et en *hystérectomistes*. La laparotomie et l'hystérectomie sont deux opérations que tout gynécologiste doit également connaître et exécuter suivant les indications.

La laparotomie elle-même s'est singulièrement améliorée dans sa technique depuis l'introduction et la pratique courante de la position renversée sur le plan incliné de Treudelenburg ou ses dérivés; grâce à cette facile découverte des organes et des lésions du petit bassin, à la facilité de l'inspection des parties malades, à leur décortication faite sous le contrôle de la vue, à la perfection de l'hémostase et aussi à l'absence de contacts prolongés et répétés avec la masse intestinale, la laparotomie a acquis un degré de précision et de bénignité inconnu jusqu'à ce moment. Avant cette

pratique, on pouvait facilement retourner aux laparotomistes le reproche souvent fait aux hystérectomistes de manœuvres aveugles et dangereuses, exécutées sans le contrôle de la vue, dans la profondeur du petit bassin. Aujourd'hui, il n'en est plus de même ; les manœuvres de la laparotomie s'exécutent pour ainsi dire à ciel ouvert, et les opérations sur les annexes de l'utérus en particulier peuvent être pratiquées avec la même facilité que sur une région superficielle. Le progrès est considérable, et la laparotomie a vu augmenter son champ d'action, s'améliorer encore ses résultats ; elle a même, grâce aux facilités données par le plan incliné séduit et repris quelques adeptes de l'hystérectomie vaginale.

La laparotomie reste et restera l'opération de choix, la seule permise : 1° quand la lésion est *unilatérale* ; 2° quand il y a *doute* sur la *bilatéralité* des lésions ou sur leur nature. Tout le monde est d'accord sur le premier point. Malheureusement, quand il s'agit de suppuration pelvienne, cette indication est beaucoup moins fréquente que dans les lésions non suppurées ; sur 96 cas de lésions péri-utérines suppurées, traitées par la laparotomie, Terrier n'a trouvé les annexes du côté opposé à la lésion saines que 7 fois ; sur 80 cas également traités par la laparotomie, j'ai trouvé une proportion plus considérable, et dans 15 cas j'ai cru pouvoir me contenter d'une ablation unilatérale, Sur 55 cas de suppuration Delbet (in *Thèse de Chavin*, 1896) n'a laissé que 3 *fois* les annexes saines du côté opposé. Je dois en outre déclarer que je n'ai connaissance que d'une seule de mes malades devenue enceinte depuis l'opération. Les deux grossesses après ablation unilatérale signalées par Goullioud au Congrès de Chirurgie (1894) se sont produites chez des malades dont les lésions n'étaient pas suppurées. Il y a donc là une grande différence avec les femmes opérées d'un kyste de l'ovaire d'un seul côté, chez lesquelles la conception ultérieure est fréquente. Il paraît démontré par la majorité des faits que dans le cas de suppuration les annexes des deux côtés sont le plus souvent malades en même temps, quelquefois à des degrés différents, mais à un degré assez avancé en général pour que l'utilité fonctionnelle soit douteuse.

Si l'on va bien au fond des choses, l'argument de la possibilité de la conception ultérieure n'a pas en pareil cas une très grande valeur, et il serait important que tous les gynécologistes, ayant fait des castrations unilatérales pour lésions suppurées des annexes, apportent à ce point de vue spécial les résultats de leurs observations.

Les documents actuels sur ce point font absolument défaut et sans doute pour cause.

Cette question du reste ne saurait être tranchée par des statistiques; il suffit de quelques faits positifs si peu nombreux qu'ils puissent être, il suffit même que le diagnostic de la bilatéralité des lésions soit douteux pour que la préférence doive être donnée à la laparotomie.

Ce diagnostic, souvent délicat, ne saurait être fondé sur la simple constatation des signes physiques; ceux-ci sont souvent obscurs : à côté d'une tuméfaction nette, facilement accessible sur l'un des bords de l'utérus, le cul-de-sac postérieur peut être comblé par une induration dans laquelle il est difficile de distinguer une trompe ou un ovaire adhérents ou un simple exsudat pelvien; dans un autre cas, le cul-de-sac de Douglas est presque entièrement comblé et le doigt ne peut s'insinuer sur les parties latérales de l'utérus; toutes les combinaisons et complications de ce genre sont possibles.

Il y a donc grand intérêt à tenir compte de toutes les circonstances accessoires, à insister sur l'existence et le siège des poussées inflammatoires anciennes, sur la fixité ou l'intermittence d'une douleur siègeant du *côté opposé* à la lésion actuelle facilement reconnaissable, sur le résultat des examens pratiqués à d'autres époques, sur la dysménorrhée, en un mot sur tous les éléments qui, en dehors des signes physiques actuels, peuvent faire préjuger de l'état des annexes du côté opposé. Je puis ajouter, et la statistique le démontre, que dans le cas où l'on est disposé à intervenir pour une lésion suppurée, la plus grande somme de chances est en faveur d'une lésion bilatérale. Ai-je besoin de dire que ces considérations perdent toute leur valeur s'il s'agit de femmes ménopausées ou au voisinage de la ménopause ?

La même réserve s'impose quand le diagnostic de la nature des lésions est obscur. Un petit kyste simple ou dermoïde de l'ovaire, une grossesse extra-utérine peu avancée, un gros ovaire kystique peuvent donner le change; mais, ici encore, non seulement les signes physiques, mais l'histoire de la malade peuvent assurer le diagnostic. Peu ou pas d'induration des tissus autour de la collection, une certaine mobilité de celle-ci, le glissement facile de la paroi vaginale sur la masse sus-jacente, l'absence de battements artériels, peu ou pas d'histoire pathologique antérieure, pas de poussées pelvi-péritonéales récidivantes, peu ou pas de douleurs, n'y-a-t-il pas là un ensemble de faits capables d'éclairer le diagnostic ? Si l'on ajoute

qu'en pareil cas la tuméfaction est unique, unilatérale ou rétro-utérine, on s'approchera le plus souvent de la réalité et en tout cas, s'il y a doute sur la nature de la lésion, il ne saurait y avoir doute sur la nature de l'intervention qui ne peut être qu'une laparotomie.

Enfin, je reconnais encore volontiers comme appartenant à cette opération les collections *haut* situées, indépendantes, pour ainsi dire, de l'utérus resté libre et mobile. Quelques collections tubaires, développées surtout dans la région du pavillon, et quelques ovarites suppurées peuvent siéger loin des bords de l'utérus et ne sont que difficilement accessibles par le toucher à travers les culs-de-sac, même avec la combinaison du palper. Il peut se faire en pareil cas que les collections soient, pour ainsi dire, comme libres au milieu des anses intestinales qui ne leur sont que faiblement adhérentes ; il n'existe pas autour d'elles d'exsudats péritonéaux, capables de les isoler et de les séquestrer, et, dans les manœuvres de l'hystérectomie vaginale, une ouverture intempestive de la poche peut vider dans le péritoine un pus septique dont l'effusion déterminera une septicémie péritonéale suraiguë.

Ce n'est guère là qu'un cas particulier de la disposition des collections tubaires et ovariques ; mais il est nécessaire d'en tenir compte.

Ces considérations nous amènent à tenir compte d'un facteur de gravité plus important dans la laparotomie que dans l'hystérectomie, à savoir la virulence du pus des collections. De l'avis et de l'expérience de tous, il est avéré que le péritoine du petit bassin présente une tolérance particulière et une résistance aux inoculations infiniment supérieure à celle du péritoine abdominal proprement dit et surtout du péritoine sus-ombilical. Quelques gouttes de pus virulent tombé dans le ventre, l'abandon d'une petite partie de la paroi suppurée, impossible à décortiquer, peuvent être, en dépit de toutes les précautions, la cause inéluctable d'une septicémie péritonéale suraiguë.

Le drainage avec un tube, le tamponnement à la Mickulicz peuvent, il est vrai, souvent prévenir les gros accidents ; mais souvent aussi leur présence est suivie de l'infection des fils de soie du pédicule, de la production d'une fistule de longue durée et quelquefois aussi d'une tendance à l'éventration, sur un point de la ligne de réunion. Pareils dangers et inconvénients n'existent pas avec l'hystérectomie vaginale ; péritoine du petit bassin moins facilement inoculable, écoulement facile de la suppuration par la brèche vagino-

péritonéale, suppression de tout corps étranger et de toute ligature, ce ne sont pas, en pareil cas, des avantages négligeables. Certes, la laparotomie appliquée au traitement des suppurations péri-utérines a donné et donne de jour en jour de superbes et magnifiques résultats, comme en témoignent les statistiques actuelles; certes, elle fait le plus grand honneur aux chirurgiens qui lui restent fidèles et dont nous ne saurions trop admirer l'habileté. Elle triomphe dans l'ablation des petites salpingites parenchymateuses à contenu muco-purulent, des petits pyo-salpinx et des petites ovarites suppurées facilement énucléables; toutes les fois en un mot que la totalité des lésions peut être enlevée comme une petite tumeur. Mais dans les grosses lésions suppurées au prix de quelle habileté et de quelles difficultés! Dans ces cas de suppuration, ne voyons-nous pas à chaque instant noté dans les observations : « décortication pénible; » « extirpation laborieuse des annexes; » « grande difficulté à énucléer la poche; » « pédiculisation difficile; » « rupture de la collection dans la cavité péritonéale? » L'auteur d'une thèse encore récente [1], toute favorable à la laparotomie, fait allusion à « l'heureuse hardiesse » de l'opérateur grâce à laquelle tout le foyer d'inflammation peut être abrasé complètement; plus loin, il dit : « Nous avouons même que, pour plusieurs de ces cas, surtout pour ceux où il s'agissait de lésions mal limitées, diffuses, étendues à tout le petit bassin, il y avait moins de risques immédiats à courir avec l'hystérectomie. » Vraiment, c'est jouer la difficulté, et aujourd'hui la prudence commande de substituer à cette brillante et difficile opération une méthode opératoire capable d'atteindre le même but avec de moindres difficultés et dangers, et avec une plus grande somme de chances de guérisons définitives.

Un seul point mérite de nous arrêter dans la technique de la laparotomie pour suppurations pelviennes, à savoir la question du drainage. Quand la collection a pu être enlevée comme une tumeur, sans rupture ni effusion de liquide, tout drainage est inutile; l'opération ne diffère pas d'une simple ovariotomie. Toutes les fois, au contraire, que la décortication a été laborieuse, que du pus s'est écoulé dans le péritoine en petite ou en grande quantité, que des lambeaux de poches peuvent être restés adhérents, que des adhérences pariétales ou viscérales ont été péniblement décollées et me-

[1] Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines par la laparotomie pour tubo-ovarites, Martin, *Th. de Paris,* 1893, p. 21 et 22.

nacent de saigner, *le drainage s'impose* comme la meilleure sauvegarde. S'il n'y a pas de suintement sanguin, si l'hémostase est parfaite, un gros tube en caoutchouc percé d'un seul grand trou près de son extrémité, plongeant aussi profondément que possible dans le cul-de-sac postérieur, sera suffisant; au bout de quarante-huit heures ou au troisième jour, s'il n'y a plus d'écoulement, si les pièces du pansement restent sèches, il est supprimé, et son point d'entrée est immédiatement fermé à l'aide d'un crin de Florence d'*attente,* mis au moment même de l'opération. Si, en même temps, il y a plusieurs petits points saignants que la compression, la forcipressure ou le thermo-cautère n'ont pas desséchés, il est nécessaire de faire le tamponnement de Mickulicz, en ayant toujours bien soin d'ajouter un tube à drainage. Car le Mickulicz, excellent comme tamponnement hémostatique, est mauvais comme drainage et fait de la rétention.

En dehors des cas qui appartiennent uniquement et directement à la laparotomie, on peut tout au début de l'étude de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes, poser comme principes généraux autour desquels peut rouler toute la discussion, que :

1° L'hystérectomie vaginale peut faire tout ce que ferait la laparotomie;

2° Qu'elle permet d'atteindre et de guérir des lésions contre lesquelles la laparotomie est impuissante ou dangereuse.

J'ajoute qu'elle réalise du même coup, par la suppression de l'utérus, une indication que nombre de chirurgiens s'efforcent aujourd'hui de remplir par une opération beaucoup plus compliquée.

Contre les petites lésions *facilement énucléables* qui font la meilleure part de la laparotomie, contre les petites salpingites parenchymateuses suppurées, les petits et moyens pyo-salpinx, les ovaires suppurés, l'hystérectomie vaginale donne les mêmes résultats; mais à quel moindre prix de peines et de manœuvres! Une hystérectomie vaginale en pareil cas est une opération de *quelques minutes.* Comparée à la laparotomie la plus simple, elle représente à peine une opération d'importance; si habile et si rapide que soit l'opérateur, il faut compter, dans la laparotomie, avec le temps nécessaire pour lier et thermo-cautériser les pédicules, faire la toilette et l'hémostase définitive de la cavité laissée libre par l'ablation

des collections, pratiquer une suture à trois étages, faire un pansement soigné de la ligne de réunion, appliquer un bandage légèrement compressif. Certainement, le résultat définitif est le même ; mais les moyens de l'obtenir sont infiniment plus simples dans l'une que dans l'autre opération. Personne, je pense, ne me contredira de ceux qui ont pratiqué souvent les deux voies. Que l'on préfère l'une ou l'autre opération, qu'on ait plus l'habitude de l'une que de l'autre et qu'on lui accorde sa faveur, soit ; mais, toutes choses égales, pour l'opérateur habitué à la laparotomie comme à l'hystérectomie, sans tenir compte des circonstances étrangères à l'acte opératoire lui-même, il n'y aura pas d'hésitation à sacrifier la première à la seconde et par économie de temps et par simplicité de moyens.

Mais la comparaison ne devient plus possible dès qu'il s'agit des lésions *complexes* suppurées du bassin ou des grandes collections. Richelot l'a dit d'une manière excellente [1] : « Les grandes suppurations et les adhérences compliquées sont l'écueil de la laparotomie et le triomphe de l'hystérectomie vaginale. » Dès le début de la méthode, ces indications ont été acceptées même par ses adversaires, et aucune autre opération ne saurait les remplir d'une manière plus parfaite. Je ne prendrai pas la peine de rappeler les faits connus de tous où, le ventre ouvert, il n'y a rien à faire que des dégâts, où tout est confondu, adhérent, méconnaissable ; ni d'insister sur la présence de ces gros pyo-salpinx collés et adhérents derrière l'utérus et dont la première tentative de décortication fait fissurer les parois et sourdre le pus, ni des cas plus difficiles encore où le tissu cellulaire pelvien a participé à l'infection, où les ligaments larges sont épaissis, chroniquement enflammés, lardacés, inextensibles, où, à travers des adhérences péritonéales ou des épaississements cellulaires se sont produites des perforations dans le rectum ou la vessie ou dans un point plus ou moins élevé de l'intestin. Commencée par le ventre, l'opétation doit s'arrêter ou ne pas reculer devant les risques des plus gros dangers immédiats ou consécutifs.

Dans ces conditions et suivant les circonstances, l'hystérectomie vaginale est une opération *d'exérèse* ou de *simple ouverture :* au cours des manœuvres, quelquefois dès l'ouverture du cul-de-sac posté-

[1] RICHELOT, *l'Hystérectomie vaginale,* contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses. Paris, 1894.

rieur, le pus s'écoule, la poche revient sur elle-même, et sa paroi, suivie par les doigts de proche en proche, se laisse décortiquer et amener à l'extérieur. Si la poche n'est pas ouverte, une ponction aspiratrice amène le pus au dehors avant toute tentative de décortication. Une adhérence épiploïque, une frange graisseuse du gros intestin suivent, sont décollées, au besoin réséquées et saisies dans une pince à forcipressure. Au-dessus de la première collection, le doigt en trouve une autre qui bombe et fluctue; il la déchire largement, fait écouler son pus; un grand lavage de la région est pratiqué; tout est propre. Une tentative de décortication prudemment faite n'amène rien; la paroi de la poche est confondue avec la paroi du bassin ou tient vers sa partie supérieure; elle est abandonnée, irréguée à nouveau; l'opération doit s'en tenir là. Ce serait mal connaître ce genre d'intervention, que venir objecter qu'on agit à l'aveugle, qu'on risque de déchirer l'intestin, qu'on est tout aussi bien exposé à infecter le péritoine que par la voie abdominale. Les adhérences les plus solides et les plus fréquentes siègent dans le cul-de-sac postérieur et à l'enceinte pelvienne; celles-ci une fois détruites, la poche s'amène; entraîne-t-elle à sa suite une anse d'intestin, il est tout aussi facile de détruire l'adhérence dans le vagin que par l'abdomen ou de laisser une partie de la poche adhérente à l'intestin, après désinfection; avec des écarteurs bien placés tout se fait à jour, à ciel ouvert. Entre les poches suppurées, la cavité péritonéale est-elle libre et non fermée, une éponge, un tampon de coton monté sur une pince comble l'ouverture, et les tentatives d'énucléation ne doivent être commencées qu'après évacuation et désinfection des poches à l'aide de grands lavages.

D'emblée, si les poches sont grandes, si le pus est fétide, s'il existe des fistules de l'intestin ou de la vessie, *l'hystérectomie est toute l'opération;* pas de tentative d'ablation; ouverture, large ouverture, grande évacuation, grands lavages; l'opération est incomplète, mais le résultat est excellent. Je n'ai pas besoin aujourd'hui de citer des cas particuliers, d'invoquer des observations détaillées, tous ceux qui ont pratiqué des hystérectomies en pareil cas connaissent ces faits; raisonner *a priori* c'est raisonner dans le vide. Reprocher qu'on a fait une opération incomplète, c'est méconnaître l'esprit et les avantages de l'opération de Péan. Les cas ne se comptent plus aujourd'hui où, après une extirpation incomplète, la guérison est rapide et définitive. Vouloir faire plus est inutile et

dangereux. La seule difficulté en pareil cas peut être l'ablation de l'utérus; celui-ci fixe, immobile, ne saurait être abaissé. Il doit être morcelé sur place; heureusement, le plus souvent le cul-de-sac antérieur est libre et dépourvu d'adhérences, et l'attaque de l'utérus se fait en avant. Quand la paroi antérieure est enlevée par des sections successives de tranches enlevées de la ligne médiane vers la périphérie, la paroi postérieure se fléchit sur elle-même par la traction des pinces, et le fond peut être amené dans le vagin. Dans nos premières opérations, avec une moins bonne technique et une moindre habitude des manœuvres, nous avons plusieurs fois laissé le fond et la partie supérieure de l'utérus; les malades néanmoins ont guéri avec la plus grande simplicité, et les collections se sont vidées et taries comme à l'habitude. Aujourd'hui, pareil accident ne se reproduit plus et avec de la pratique on peut être sûr de mener à bien une ablation d'utérus au milieu des suppurations les plus complexes. J'ajouterai même, en ayant l'air d'être paradoxal, que les cas les plus difficiles pour l'opération et les plus mauvais en apparence sont les meilleurs au point de vue des résultats : on opère dans un péritoine fermé, chroniquement enflammé, n'ayant plus la susceptibilité d'infection de la séreuse péritonéale, et à l'intérieur de poches dont les parois défendent la grande cavité du ventre.

L'abandon dans l'abdomen de poches entières ou de lambeaux de poches, de débris de trompes ou d'ovaire, ne m'a pas paru présenter les inconvénients qu'on reproche un peu théoriquement à l'hystérectomie; sur 51 cas personnels de suppuration, onze fois de parti pris et par crainte de déchirures compromettantes, j'ai fait des extirpations incomplètes, ou même je n'ai fait que l'ouverture des collections après l'ablation de l'utérus; il n'en est résulté aucun retard dans la guérison ou aucun dommage pour l'avenir. Dans des cas non suppurés, j'ai la notion d'avoir laissé bien plus fréquemment des lambeaux de tissu ovarien ou des parties adhérentes du pavillon de la trompe; deux fois seulement sur un nombre considérable d'hystérectomies vaginales, j'ai observé des effets tardifs de cette opération incomplète; une fois, il se développa un kyste simple de l'ovaire, dont la femme fut heureusement opérée; une autre fois il se fit dans une fosse iliaque une collection fluctuante indolente, pour laquelle la malade, débarrassée de ses douleurs et en pleine santé, refusa toute intervention.

Le même fait est arrivé à tous les opérateurs, et tous ont observé

les mêmes résultats : dans une première série de 61 cas de suppuration pelvienne, Richelot a fait 22 fois l'ablation totale, 12 fois l'ablation unilatérale et 27 fois n'a rien enlevé des annexes ; dans une deuxième série de 66 suppurations, il note 30 ablations bilatérales intégrales, 5 bilatérales sauf un ovaire ou une trompe, 11 unilatérales, 20 castrations utérines pures dont une fois avec abandon du fond de l'utérus. Sur toutes ces opérations incomplètes, il ne relève qu'un retard de la cicatrisation, un abcès au bout de deux ans au niveau de la cicatrice du vagin et au-dessus de lui une petite collection de sérosité, un abcès iliaque droit et précisément chez une malade dont l'extirpation des annexes avait été complète.

Sur 421 opérations Jacobs en accuse 49 d'incomplètes, Rouffart 34 sur 52, Doyen 4 sur 61 ; sur 108 opérations, Landau a complété trois fois l'intervention par une laparotomie pour enlever des restes de poches purulentes haut situées.

« Le principe qui doit nous guider, le but auquel nous devons tendre, n'en est pas moins l'extirpation complète ; mais ce que j'affirme, c'est que l'opération incomplète n'est pas mauvaise par elle-même ; c'est qu'en allant avec méthode aussi loin que la prudence le permet, en ouvrant les collections, en traitant les organes dangereux et respectant ce qui n'est pas nuisible, on fait d'aussi bonne besogne que dans les cas simples où tout s'enlève aisément » (Richelot)[1].

Il ne saurait être question de reprendre ici les discussions déjà épuisées sur le point de savoir s'il vaut mieux ou non conserver l'utérus après l'ablation bilatérale des annexes. La réponse ne me semble pas douteuse, et si j'avais besoin d'arguments nouveaux ils me seraient fournis par les partisans les plus résolus de la laparotomie. Un certain nombre d'entre eux et non des moindres, MM. Polk, Baldy, Pryor, Penrose, etc., en Amérique, Bardenheuer en Allemagne, Chaput, Delagenière en France, convaincus par l'observation que nombre de malades continuaient à souffrir du fait de leur utérus, après l'ablation des annexes, pratiquent aujourd'hui la *castration totale* par la voie abdominale. Notre expérience en France est encore trop limitée pour juger de la valeur de cette intervention ; nous ne doutons pas que l'honorable rapporteur américain de cette même question ne nous apporte des faits nouveaux et concluants. Actuellement, notre opinion ne peut que se fonder sur

[1] RICHELOT, 9e *Congrès de Chirurgie,* 1895, p 912.

l'excellence des résultats obtenus par notre hystérectomie vaginale, sans recourir à des manœuvres opératoires plus difficiles et plus compliquées. Nous ne saurions admettre cette intervention que dans les cas exceptionnels où l'hystérectomie vaginale serait contre-indiquée ou impossible. Nous ne voulons retenir de ces tentatives que cette donnée précieuse, si favorable à l'idée de l'hystérectomie, qu'après l'ablation des annexes, l'utérus n'est pas seulement inutile, mais qu'il est nuisible. N'ayant pas à discuter ici les résultats généraux du traitement opératoire des affections des annexes, et devant nous borner au traitement des suppurations pelviennes, nous ne saurions reprendre cette discussion générale. Disons seulement, en faveur de l'utilité de l'ablation utérine, qu'en cas de suppuration des trompes et après l'hystérectomie vaginale, on peut constater dans le corps utérin lui-même, au voisinage de l'orifice tubaire ou dans le trajet intra-utérin de la trompe, de petites collections purulentes plus ou moins récentes contre lesquelles l'ablation de l'utérus peut seule être efficace ; d'autres fois, surtout s'il s'agit d'infections récentes, l'utérus lui-même peut être véritablement infiltré de pus ou recéler des éléments microbiens dont la présence entretient les lésions et les symptômes.

Je ne saurais non plus, à propos du traitement des suppurations pelviennes, aborder l'histoire de toutes les complications et de tous les accidents possibles au cours de l'hystérectomie vaginale : ce serait refaire l'étude complète de cette opération. L'accident le plus fréquent paraît être la fistule intestino-vaginale produite le plus souvent par l'envahissement secondaire de la paroi intestinale [1].

La blessure de l'uretère ne s'est *jamais* produite entre des mains exercées et celle de la vessie est tout à fait rare (2,50 %). Elle paraît moins fréquente que dans les hystérectomies faites pour cancer, où la partie antérieure du col est souvent détruite et où le décolle-

[1] Sur 51 cas de suppurations graves, traités par l'hystérectomie, 3 fois dans les jours qui suivirent, il s'établit une fistule recto-vaginale. Jayle * a montré que, dans ces cas, le pus contenait à la fois des streptocoques et des coli-bacilles et qu'il y avait des adhérences préalables entre la poche suppurée et la paroi intestinale. La fistule recto-vaginale n'est alors que la perforation qui se complète après l'hystérectomie ; la paroi intestinale amincie ne peut plus supporter la pression intestinale. Deux fois la fistule se tarit spontanément entre 15 et 20 jours ; chez une troisième malade tuberculeuse, elle dut être traitée pendant longtemps par des cautérisations au thermo-cautère.

* Jayle, *Bull. Soc. Ann.*, nov. 1895.

ment de la vessie est dangereux. Cette discussion est exposée avec détails dans la thèse de M. Baudron et je ne pourrais que fournir les mêmes chiffres et les mêmes arguments.

On a longtemps cherché à démontrer chiffres en main la supériorité de la laparotomie sur l'hystérectomie au point de vue des résultats immédiats, au point de vue de la mortalité opératoire; à l'aide de statistiques partielles ou, suivant les tendances particulières à chaque auteur, on trouve un pourcentage favorable à l'une ou à l'autre méthode.

J'attache une faible importance à cette manière de juger la question; sur des séries peu considérables, on peut avoir une suite de succès ou de revers incapables de donner une idée des résultats généraux. Pris en bloc, les faits ne sont pas comparables entre eux; il faudrait, pour tirer un utile parti de cette manière de raisonner, comparer des cas très analogues, cas traités par l'hystérectomie ou la laparotomie. En l'absence de documents de ce genre, qui ne peuvent être appréciés que dans chaque pratique particulière, il est nécessaire de tirer des conclusions de son expérience personnelle faite avec la pratique courante des deux opérations ou de s'en rapporter à des statistiques assez importantes comme nombre pour que la différence des cas s'efface devant leur quantité.

S'il m'est permis, à côté des gros bataillons, d'apporter mon petit contingent et, si je compare les laparotomies et les hystérectomies pour suppuration pelvienne que j'ai faites depuis la même année, c'est-à-dire depuis 1891, j'arrive aux résultats suivants :

Laparotomies, 80 cas, morts 8, soit 10 %.

Hystérectomies vaginales, 51 cas, morts 3, soit 5,8 %.

M. Jacobs, de Bruxelles [1], au Congrès de Rome, a présenté la statistique suivante; en réunissant les opérations abdominales publiées par MM. Terrier, Terrillon, Doyen, Schauta, Chroback, Zweifel, Martin, Jacobs, Dubois et Gallet, Lawson Tait, il arrive à un total de 1,540 opérations donnant 5,7 % de mortalité.

Les interventions vaginales publiées par MM. Richelot, Doyen, Péan, Segond, Rouffart, Jacobs donnent, pour 690 cas, 4,49 % de mortalité.

Enfin, dans un travail tout récent [2], Bardenheuer, de la plus importante statistique publiée jusqu'à ce jour, tire les chiffres suivants :

[1] Congrès de Rome 1894, in *Annales de Gynéc.*, 1894, p. 565.

[2] *Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, mai et juillet 1896.

Laparotomies, 1,626 cas, 92 morts, soit 5,59 %.

Hystérectomies vaginales, 1,113 cas, 39 morts, soit 3,5 %.

L'ablation simultanée des annexes et de l'utérus par la laparotomie donne 4,6 % de mortalité.

Je m'empresse d'ajouter à la suite de ces chiffres que ces statistiques portent sur l'ensemble des lésions des annexes et ne visent pas seulement les suppurations pelviennes.

Certes, la chirurgie gynécologique peut être fière de pareils résultats; laparotomistes, hystérectomistes peuvent également se féliciter des admirables succès obtenus dans ces dernières années, et les différences actuelles entre les résultats *immédiats* des deux opérations sont assez peu considérables et assez sujettes à variation pour qu'on ne soit pas fondé à en tirer l'argument de premier ordre en faveur de l'hystérectomie vaginale.

Mais où la comparaison n'est plus possible et où la valeur de cette dernière opération s'affirme, c'est dans l'étude des *résultats éloignés*.

Sans insister à nouveau sur l'absence de cicatrice abdominale (considération qui a plus d'importance qu'on n'a semblé le croire et dont les intéressées tiennent grand compte), sur les dangers d'éventration, sur la production de fistules intestinales ou la persistance d'une suppuration par une soie infectée, — tous inconvénients qui ne sont pas purement théoriques — le retour des douleurs ou des accidents variés après la laparotomie est assez fréquent pour que, d'après les statistiques des chirurgiens français, les guérisons complètes ne soient guère estimées à plus de 68 % [1] et d'après celles des chirurgiens étrangers à 60, à 70 % [2].

Et en réalité, ne faut-il pas que ces guérisons soient incomplètes et que, suivant l'expression de Landau, ces malades ne soient « pas heureuses de vivre, » pour qu'après une opération aussi importante que la laparotomie, elles soient obligées de se soumettre à de nouvelles interventions, pour que Segond [3] ait eu besoin de faire dix fois l'hystérectomie secondaire, Richelot, trente-six fois [4], Jacobs, cinq fois [5], Delagenière, trois fois [6], Picqué et Pozzi, chacun une

[1] Baudron, *Thèse citée*, p. 140.

[2] L. Landau und Th. Landau, *Die vaginale Radicaloperation*, Berlin, 1896, p. 29.

[3] Baudron, *Thèse citée*, p. 145.

[4] *Congrès de Chirurgie*, 1895, p. 908.

[5] *Congrès de Rome, Ann. Gynécolog.* 1894, p. 568.

[6] *Archives provinciales de Chirurgie*, mars 1895.

fois[1], moi-même onze fois, pour que Delbet[2] ait cru nécessaire de refaire quatre laparotomies complémentaires ! Je laisse de côté tous les curettages, les dilatations, les cautérisations et injections intra-utérines, les amputations du col et les médications de toutes sortes si fréquemment et si vainement employées contre les accidents consécutifs aux laparotomies opératoirement les mieux réussies. Certes, il n'est pas possible de considérer comme des résultats éloignés excellents dans leur ensemble, ceux que nous offre une thèse récente, toute favorable à la laparotomie, où sur 70 malades revues, 31 seulement ont des résultats *parfaits*, 29 des résultats *satisfaisants*, mais troublés par de la leucorrhée, des métrorrhagies et des douleurs, 5 des résultats *médiocres* et 3 des résultats *nuls*.

Nous voilà bien loin « de la netteté et de la franchise des guérisons » obtenues par l'hystérectomie vaginale (Richelot)[3].

Est-ce à dire que *jamais* l'hystérectomie vaginale ne sera impuissante ou suivie de mauvais résultats *éloignés ?* M. Delagenière cite deux cas d'insuccès ; dans l'un, il ne put atteindre une énorme poche purulente qui n'était probablement qu'un phlegmon du tissu cellulaire ; dans l'autre, il ne put reconnaître les annexes « dans le magma inextricable trouvé derrière l'utérus. » La malade, d'abord améliorée, recommença de souffrir et finit par mourir de fièvre hectique plusieurs mois plus tard[4]. La laparotomie aurait-elle mieux fait ? il est permis d'en douter. Trois fois M. Quenu a dû faire une laparotomie secondaire pour enlever des annexes douloureuses que l'hystérectomie n'avait pas permis d'atteindre. Peut-être retrouverait-on quelques cas analogues. Mais il faut bien le reconnaître, leur proportion est insignifiante et sur l'excellence des résultats éloignés par l'hystérectomie l'accord est presque unanime.

Enfin, et c'est un point sur lequel j'appelle l'attention et demande l'avis de mes collègues, n'ayant pas encore personnellement les documents nécessaires pour résoudre la question : il m'a semblé qu'après la castration utéro-annexielle, les troubles consécutifs à la suppression de la fonction menstruelle étaient moins manifestes et moins accentués qu'après la simple ablation des

[1] MARTIN. *Thèse citée*, p. 44 et 45.
[2] CHAVIN, *Thèse citée*, p. 37 et 38.
[3] *Loc. cit.*, p. 909.
[4] *Bullet. Soc. de Chirurgie*, mars 1894.

annexes; les bouffées de chaleur, les transpirations manquent complètement dans un certain nombre de cas et tourmentent moins les malades dans la plupart. La suppression de l'utérus semble simplifier la ménopause.

En 1892, dans une lettre que j'écrivais à mon ami le Dr Segond, où je lui exprimais à la fois mon regret de ne pouvoir assister à votre congrès et mon opinion sur la nouvelle opération, je lui disais : « L'hystérectomie vaginale par morcellement est l'unique opération à faire quand l'ablation bilatérale des masses inflammatoires est très nettement indiquée. Dans les cas graves, elle s'impose pour tout le monde. Dans les cas faciles, elle n'est ni plus difficile, ni plus grave que la laparotomie, et je pense que l'ablation de l'utérus est plus utile que sa conservation.

Fort d'une pratique plus grande, je ne puis que maintenir et défendre avec plus de conviction cette opinion, que des faits venus de toutes les parties du monde et une expérience presque universelle ont confirmée d'une façon éclatante. »

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

I

Le traitement des suppurations pelviennes ne saurait être utilement institué sans la connaissance préalable aussi exacte que possible du *siège* de la suppuration. De la connaissance de ce siège dépend le *choix* de la *méthode* de traitement.

Les abcès pelviens considérés au point de vue de l'intervention chirurgicale peuvent être classés de la façon suivante :

a) Abcès du tissu cellulaire, paramétrite, phlegmon péri-utérin ;

b) Abcès des trompes ou des ovaires, pyo-salpingites et ovarites suppurées ;

c) Abcès péritonéaux primitifs, pelvi-péritonites, hématocèles suppurées ;

d) Suppurations *complexes* dans lesquelles ces divers organes peuvent prendre simultanément part à la constitution des collections purulentes, ou compliquées de fistules s'ouvrant soit à la peau, soit dans les organes creux du voisinage ou dans plusieurs points à la fois.

Ces divers types répondent à la généralité des cas.

II

La *ponction* ne peut plus être considérée aujourd'hui que comme un moyen de diagnostic.

Les trois grandes méthodes de traitement des suppurations pelviennes sont :

1° L'*incision simple* suivie de drainage pratiquée par la paroi abdominale ou par la paroi vaginale ;

2° l'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par la *laparotomie* ;

3° l'ouverture ou l'ablation des poches suppurées par le vagin, grâce à l'*hystérectomie vaginale* préalable avec ou sans morcellement de l'utérus.

4° On peut considérer comme dérivées de ces trois grandes méthodes : *a)* l'ablation par *la voie vaginale* de petites collections *unilatérales*, avec conservation de l'utérus et des annexes du côté opposé ; *b)* l'ablation simultanée des annexes et de l'utérus par la *voie abdominale*.

III

L'*incision simple* suivie de drainage représente la méthode de choix :

a) pour l'ouverture des abcès pelviens *aigus d'origine cellulaire*. Le siège de l'incision est imposé par le point où se produit le relief de la collection, soit à la paroi de l'abdomen, soit dans le vagin ;

b) pour l'ouverture des collections *péritonéales primitives* d'origine post-puerpérale, post-abortive ou gonorrhéique, aiguës ou subaiguës, ou *consécutives* à une infection péritonéale post-opératoire ;

c) pour l'ouverture des hématocèles suppurées.

d) Grâce à une meilleure antisepsie vaginale et surtout à de meilleurs modes de drainage, l'incision simple a gagné du terrain dans le traitement des *abcès pelviens enkystés* siègeant dans les annexes.

Dans ces cas, elle ne peut être appliquée avec *efficacité* et *sécurité* que si la poche est *unilatérale,* à parois peu épaisses, facilement fluctuante, bas située sur les côtés de l'utérus ou pouvant être amenée par la pression hypogastrique au contact ou au voisinage de la paroi vaginale.

Elle trouve sa meilleure indication dans les *suppurations aiguës* de l'ovaire ou de la trompe, s'accompagnant d'un état général grave et dans lesquelles la virulence exaltée du pus contre-indique une laparotomie ou une hystérectomie d'emblée.

Cette opération *d'attente* donne les meilleurs résultats *immédiats* et assure la guérison *définitive* dans un nombre de cas plus considérable qu'on ne le croirait *a priori*.

L'insuccès de l'incision vaginale démontré par la persistance d'une fistule purulente ou le retour de la suppuration ne compromet pas une opération ultérieure par l'hystérectomie vaginale.

IV

La *laparotomie* et l'*hystérectomie vaginale* appliquées au traitement des suppurations pelviennes ne sont pas des méthodes rivales; elles ont l'une et l'autre leurs indications et leurs avantages.

Les indications de la *laparotomie* sont dominées par la considération du siège *unilatéral* des lésions. Quand il s'agit d'une femme jeune, toutes les fois qu'il y a doute sur la *bilatéralité* des lésions, la laparotomie qui permet par la vue le contrôle du côté opposé s'impose comme opération de choix.

Cette considération, surtout très importante quand il s'agit d'affections annexielles *non* suppurées, perd une partie de sa valeur quand il s'agit de lésions suppurées. Lorsqu'un des côtés est purulent, il est rare que le côté opposé ne soit pas lui-même atteint de lésions inquiétantes pour l'avenir.

Tous les efforts du diagnostic doivent tendre à déterminer d'une manière aussi précise que possible le siège *uni* ou *bilatéral* des lésions.

Le doute sur la *nature* des lésions — possibilité de la présence d'un kyste simple ou dermoïde de l'ovaire, d'une grossesse extra-utérine — fera préférer la laparotomie. La question se trouve du reste en pareil cas généralement tranchée par la considération du siège unilatéral de la collection.

Dans les cas de lésions bilatérales où les indications des deux opérations peuvent être discutées, la *situation* des poches purulentes par rapport à l'utérus et aux culs-de-sac vaginaux devient une source importante d'indications.

La laparotomie peut revendiquer les poches *haut* situées, adjacentes au fond et aux cornes de l'utérus, assez éloignées de cet organe et des culs-de-sac vaginaux pour que la matrice jouisse d'une certaine indépendance et de quelque mobilité, plus *abdominales* que *pelviennes*, non entourées de tissus épaissis et indurés, n'ayant pas été la cause de poussées pelvi-péritonéales à répétition. Dans ces conditions, les poches purulentes peuvent être facilement décortiquées et pédiculisées par la laparotomie. Leur ouverture aveugle et précoce au cours d'une hystérectomie vaginale peut donner lieu à une infection péritonéale aiguë par souillure des anses intestinales au milieu desquelles elles sont situées et qui ne sont pas défendues par une ancienne barrière d'adhérences organisées.

En dehors de ces restrictions basées sur le *siège unilatéral* de la lésion, sur l'*incertitude de la nature* de cette lésion, sur la *situation élevée* de la poche purulente, l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes.

1° *peut faire tout ce que ferait la laparotomie :* elle permet d'enlever facilement les trompes suppurées, les petits pyo-salpinx, les ovaires suppurés ;

2° *elle permet d'atteindre et de guérir* des lésions contre lesquelles la laparotomie est *impuissante* ou trop dangereuse.

Seule elle permet d'ouvrir et de drainer des collections purulentes incluses dans des annexes fusionnées avec les parties voisines ou circonscrites par des adhérences, séparées de la grande cavité péritonéale par des tractus solides et organisés, véritable processus fibreux, pour lesquels par la laparotomie la vue est impuissante et toute tentative d'énucléation dangereuse.

Elle représente la méthode de choix dans le traitement des grosses poches

adhérentes, non énucléables ou difficilement énucléables, compliquées ou non de fistules.

Mieux que toute autre méthode, elle peut guérir les suppurations *chroniques* du tissu cellulaire péri-utérin abandonnées à leur ouverture spontanée et le plus souvent en communication avec les organes du voisinage.

Dans ces cas, l'opération doit rester presque toujours purement *évacuatrice* : l'ablation de l'utérus représente un drainage idéal grâce auquel les collections se vident, peuvent être détergées et taries. Vouloir en cette circonstance pratiquer l'extirpation de la poche, c'est faire perdre à l'opération tous les avantages, de sa simplicité et de sa bénignité et méconnaitre un des rôles principaux de l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des suppurations pelviennes.

V

Les résultats opératoires immédiats fournis par la laparotomie ne sauraient plus constituer un argument en faveur de cette méthode ; la proportion des succès par l'opération vaginale s'est notablement accrue dans ces dernières années.

L'avantage reste à l'hystérectomie vaginale qui s'adresse à des lésions contre lesquelles la laparotomie serait impuissante ou dangereuse. Appliquée à la cure des *cas simples*, l'hystérectomie donne une proportion de succès égale sinon supérieure à ceux de la laparotomie ; appliquée au traitement des *cas graves*, elle donne une proportion plus considérable et représente une intervention relativement bénigne.

Dans le traitement des suppurations pelviennes, l'ablation de l'utérus ne peut être considérée comme une quantité négligeable pour assurer le succès immédiat et définitif.

Un certain nombre de laparotomistes en ont aujourd'hui reconnu la nécessité et pratiquent par la voie abdominale l'ablation simultanée des annexes et de l'utérus.

Cette ablation 1° assure un drainage parfait dont l'efficacité merveilleuse est la cause la plus probable de la grande bénignité et de l'extrême simplicité des suites opératoires après l'hystérectomie vaginale ;

2° elle prévient dans l'avenir les troubles dont l'utérus laissé en place peut être l'occasion, douleurs, métrorrhagies, écoulements purulents, infection persistante ou récidivée du péritoine pelvien, contre lesquels l'hystérectomie vaginale *secondaire* a été souvent nécessaire.

Aussi, la guérison immédiate est plus rapide et les résultats éloignés sont meilleurs.

Les troubles généraux consécutifs à la suppression de la fonction menstruelle paraissent moins marqués après la castration utéro-annexielle qu'après la simple ablation des annexes.

En résumé, dans l'immense majorité des cas, non justiciables de l'incision simple, l'*hystérectomie vaginale* représente la méthode par excellence de traitement des suppurations pelviennes et la *laparotomie* ne vit plus que de ses contre-indications.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Translation of the french paper.

I

The treatment of pelvic suppurations can not be succesfully undertaken without a previous knowledge as accurate as possible of the *seat* of the suppuration. The *choice* of the *method* of treatment depends upon the knowledge of that *seat*.

Pelvic abcesses from the point of view of surgical interference may be classified as follows :

a) Cellular abscesses, perimetritis, periuterine phlegmons;

b) Abscesses of the ovaries or of the tubes, pyosalpingitis and suppurated ovaritis;

c) Primitive peritoneal abscesses, pelviperitonitis, suppurated hematocele;

d) *Simultaneous* suppurations of various pelvic organs constituting purulent collections, or complicated with fistulae, bursting either through the skin, or in the neighbouring cavities, or in various places at the same time.

This enumeration covers most of the cases.

II

Punction nowadays must be considered only as diagnostic means.

The tree principal methods of treatment of pelvic suppurations are :

1° *The mere incision* followed by drainage through the abdominal or vaginal wall;

2° The opening or ablation of the suppurated cavities by *laparotomy;*

3° The opening or ablation of the suppurated cavities through the vagina, by means of previous vaginal hysterectomy with or without morcellation of the uterus;

4° As derived from these principal methods can be considered : *a)* the ablation *through the vagina* of small *unilateral* collections, with preservation of the uterus and appendages of the opposite side; *b)* the simultaneous ablation of the appendages and uterus *through the abdomen.*

III

The method to be elected is the *mere incision* followed by drainage :

a) For the opening of acute pelvic abscesses originating of the cellular

tissue. The incision must be made where the collection bulges out either on the abdominal wall or in the vagina ;

b) For the opening of *primitive peritoneal* collections, either acute or sub-acute, or *following* post-operative peritoneal infection, of a post-abortive, post-puerperal or gonorrheal origin :

c) For the opening of suppurated hematocele ;

d) Owing to better vaginal antisepsis and especially to better means of drainage, the mere incision has gained ground in the treatment of *pelvic encysted abscesses* of the appendages.

In those cases it can be applied *safely* and *efficacely* only when the cavity is *unilateral*, thinwalled, easily fluctuating, lying low by the side of the uterus, or can be brought by pression on the hypogastrium in contact with the vaginal wall.

Its best indication is found in the *acute* ovarian or tubal *suppurations*, when the general state of the patient and the exalted virulence of the pus counter indicate immediate laparotomy or hysterectomy.

This *expectant* operation gives the best *immediate* results and insures *final* cure much oftener than might be supposed at first.

The failure of the vaginal incision betrayed by the persistency of a purulent fistula or recurring suppuration does not prevent the success of ulterior vaginal hysterectomy.

IV

The *laparotomy* and *vaginal hysterectomy* as applied to the treatment of pelvic suppurations are not rival methods ; both have their indications and advantages.

The indications of *laparotomy* are ruled by the consideration of the *unilateral* seat of the lesions. When the patient is young and whenever there is any doubt as to the *bilaterality* of the lesions, laparotomy, which affords the sight of the opposite side, is to be selected.

This consideration, especially important in case of *non* suppurated adnexial diseases, loses part of its value in case of suppurated diseases. When one of the sides suppurates, the opposite side is seldom free from lesions of a dangerous future character.

The diagnosis must tend to determine as accurately as possible the *uni* or *bilateral* seat of the lesions.

The laparotomy shall be selected in case of doubt as to the *nature* of lesions (possible existence of an ovarian simple or dermoid cyst of or extra uterine gestation). However the matter is generally settled in such a case by the fact that the collection is unilateral.

In the cases of bilateral lesions, when there is any doubt as to the two operations, the situation of the two purulent sacs in regard to the uterus and the vaginal culs-de-sac become a leading factor in the indications.

To be treated by laparotomy are : the sacs in a high pisition, adjacent to the fundus and horns of the uterus, distant enough from that organ and the vaginal culs-de-sac to allow the womb a certain freedom of motion, when these sacs are rather abdominal than pelvic, not surroundet by thickened

and indurated tissues, and not having caused repeated pelviperitoneal inflammations. In such conditions laparotomy can easily decorticate and pediculate the purulent sacs. Their accidental and premature opening during a vaginal hysterectomy may give rise to acute peritoneal infection caused by the soiling of the intestines among which they lie and which are not protected by old organized adhesions.

With the exception of these restrictions founded upon the *unilateral seat* of the lesions, *uncertainly about the nature* of this lesion, the *high position* of the purulent pouch, the vaginal hysterectomy applied to the treatment of pelvic suppurations :

1. *Can accomplish what laparotomy would;* it allows the pustubes, the small pyosalpinx, the suppurated ovaries to he removed.

2. *It allows us to reach and cure* lesions against which laparotomy is either *powerless* or too dangerous.

Alone it allows the opening and drainage of the purulent collections included in appendages matted with the neighbouring parts or circumscribed by adhesions, separated from the main peritoneal cavity by solid and organized tracti, a real fibrous process, for which, in laparotomy, sight is powerless and every attempt to enucleation dangerous.

It is the method to be selected in the treatment of large adherent sacs, which cannot, or can hardly be enucleated, complicated or not by fistulæ.

Better than any other method, it can cure the chronic suppurations of the periuterine cellular tissue left to their spontaneous opening, and most often communicating with neighbouring organs.

In these cases, the operation must almost always remain merely *evacuating;* the ablation of the uterus is an ideal drainage owing to which the collections are emptied, cleaned and dried. In this circumstance, insisting upon the exstirpation of the sac, would be removing from the operation all the advantages of its simplicity and benignity, and failing to recognize one of the principal *roles* of vaginal hysterectomy in the treatment of pelvic suppurations.

V

The immediate operatory results from laparotomy could no longer be invoked as an argument in favour of that method ; the successful proportion by the vaginal operation has been lately considerably increased.

Vaginal hysterectomy holds its ground for lesions against which laparomy would be powerless or dangerous. In *simple cases* hysterectomy is as, if not more, successfull, than laparotomy ; in *dangerous cases,* it is more successfull and more innocuous.

In the treatment of pelvic suppurations, the ablation of the uterus must be taken seriously into consideration in order to insure immediate and final success.

A good many laparotomists recognize nowadays its necessity, and perform through the abdomen the similtaneous ablation of the appendages and of the uterus.

This ablation insures firstly a perfect drainage of which the marvelous

efficacity is the most probable cause of the great innocuity and extreme simplicity of the operatory consequences after vaginal hysterectomy: secondly it presents the future troubles wich may be brought about by the uterus if left in situ; such as: pain, metrorrhagia, purulent discharges, persisting or reoeated infection of the pelvic peritoneum, against wich *secundary* vaginal hysterectomy used to be often needed. Thus, immediate cure is more common and distant results are better.

The general troubles following the suppression of menstruation seem less marked after the utero-adnexial castration than after the mere ablation of the adnexa.

On the whole, in most cases, not coming under the mere incision, vaginal hysterectomy is the most excellent method of treatment in pelvic suppurations: and *laparotomy* is performed only on counterindications of the aforesaid.

SCHLUSSSÄTZE

I

Eine Behandlung der Beckeneiterungen könnte keine fruchtbringende sein, wenn man nicht zuerst ganz genau den Sitz der Eiterung ermittelt haben würde.

Von der Erkennung des Sitzes hängt die Wahl der Behandlungsmethode ab.

Die Beckenabcesse vom Standpunkt einer chirurgischen Intervention aus betrachtet, können folgendermassen klassificirt werden:

a) Abcesse des Zellengewebes, Parametritis, periuterine Phlegmone;

b) Abcesse der Tuben und Ovarien, Pyosalpinx und eitrige Oophoritis;

c) Primäre peritoneale Abcesse, Pelveoperitonitis; in Eiterung übergegangene Hæmatocele.

d) Ausgedehnte Eiterungen, bei welchen diese verschiedenen Organe zu gleicher Zeit Antheil an der Eiterproduktion nehmen können oder bei welchen Fisteln auftreten können, die sich nach aussen durch die Haut entleeren, oder in die Hohlorgane, oder auf verschiedene Weise zur gleicher Zeit.

Diese verschiedenen Arten entsprechen im Grossen und Ganzen der uns zur Gesicht kommenden Fällen.

II

Die Punction kann heutzutage nur noch als diagnostisches Mittel in Betracht kommen.

Die drei hauptsächlichsten Behandlungsmethoden der Beckeneiterungen sind folgende:

1. Einfache Incision, mit nachfolgender Drainage, sei es durch die Abdominalwand, sei es per Vaginam.

2. Die Eröffnung oder Entfernung der Eiterherde vermittelst der Laparotomie.

3. Die Eröffnung oder Entfernung der Eiterherde von der Vagina aus, nach vorhergegangener vaginaler Hysterektomie, mit oder ohne Morcellement des Uterus.

4. Man kann als von diesen 3 grossen Methoden herstammend betrachten; *a)* die Abtragung einseitiger Herde per Vaginam, mit Erhaltung des Uterus und der Adnexen der entgegengesetzten Seite; *b)* gleichzeitige Abtragung der Adnexen und des Uterus per Laparotomiam.

III

Die einfache Incision mit nachfolgender Drainage kommt in Frage:

a) bei der Eröffnung akuter Beckenabcesse von Zellgewebeherkunft.

Der Sitz der Incision ist gegeben durch die stärkste Vorbuchtung der Eiteransammlung, sei es auf dem Abdomen oder in der Scheide.

b) bei der Eröffnung unkomplicierter Beckeneiterungen, puerperalen Ursprungs, bei abortivem oder genorrheischen Ursprung, akuten oder subakuten Charakters oder herstammend von einer Infection nach einer Operation.

c) bei der Eröffnung von in Eiterung übergegangenen Hæmatocelen.

d) Dank einer besseren vaginalen Antisepsis und einer besseren Art der Drainage die einfache Incision hat in der Behandlung der eingeschlossenen Beckenabcesse, die ihren Sitz in den Adnexen haben, viel an Terrain gewonnen.

In diesen Fällen kann sie dann mit Sicherheit angewendet werden, wenn der Eiterherd einseitig ist, wenn dieser dünne Wände besitzt, wenn er fluktuirt, wenn er seitlich vom Uterus tief gelegen ist oder durch Druck auf's Abdomen leicht in Kontakt mit der Vaginalwand gebracht werden kann.

Die einfache Incision ist dann am besten indicirt, wenn es sich um akute Eiterungen des Ovariums und der Tube handelt, mit schwerem Allgemeinzustand und wenn die angefachte Virulenz des Eiters eine Laparotomie oder eine Hysterectomie kontraindicirt.

Diese Operation « des Erwartens » giebt die besten sofort in die Augen fallenden Resultate und sichert eine definitive Heilung in einer grossen Anzahl von Fällen, von denen man es a priori nicht hätte glauben können.

Der Misserfolg der vaginalen Incision, begründet im Verbleiben einer Eiterfistel oder im Wiederauftreten einer Eiterung schliest eine spätere Operation in Gestalt der vaginalen Hysterectomie nicht aus.

IV

Die Laparotomie und die vaginale Hysterektomie, angewendet auf die Beckeneiterungen, sind keine Rivalen; eine jede hat ihre Indicationen und ihre Vortheile.

Die Indikationen der Laparotomie sind beherrscht von Annahme der Einseitigkeit der Erkrankung. Wenn es sich um eine junge Frau handelt,

so kommt immer dann die Laparotomie in Betracht, wenn Zweifel über die doppelseitigen Erkrankungen vorliegen ; in einem solchen Falle kann man während der Operation mit dem Gesichtssinn die Controlle machen.

Diese Betrachtung, überhaupt sehr richtig wenn es sich um Adnexerkrankungen handelt, verliert einen Theil ihres Werthes wenn es sich um Eitererkrankungen handelt. Wenn eine der Seiten Suppuration aufweist, so ist es selten dass die andere Seite nicht beunruhigende Erkrankungen für die Zukunft zeitigt.

Alle diagnostichen Bestrebungen müssen darauf hinausgehen, mit einer absoluten Bestimmtheit den ein- oder doppelseitigen Sitz der Erkrankung zu erkennen.

Jeder Zweifel bezüglich der Erkrankung — Möglichkeit der Anwesenheit einer einfachen Cyste oder eines Dermoides des Ovariums, einer extrauterinen Schwangerschaft —, lässt die Laparotomie vorziehen.

Im übrigen wird die Frage im Allgemeinen beeinflusst durch die Erwägung des einseitigen Sitzes der Erkrankung.

In den Fällen von doppelseitiger Erkrankung, bei denen die Indikationen der beiden Operationsverfahren diskutirt werden können, wird die Lage der Eiterherde, seien dieselben mehr am Uterus oder in den Scheidengewölben gelegen, zu einer wichtigen Quelle der einzuschlagenden Indicationen.

Die Laparotomie werden die hochgelegenen Eiterherde fordern, die am Uterusgrund oder den Hörnern anliegen, die ziemlich von diesem Organe entfernt sind, so wie vom Douglas, damit die Gebärmutter eine gewisse Unabhängigkeit und Beweglichkeit besitze, die mehr abdominal als im Becken gelegen, die nicht von verdichtetem und indurirtem Gewebe umgeben sind, die nicht die Ursache von wiederkehrenden pelveoperitonitischen Schüben sind.

Unter solchen Bedingungen können die Eiterherde leicht vermittels der Laparotomie ausgeschält und gestielt werden. Die im Dunkeln im Verlauf einer vaginalen Hysterektomie stattgehabte Eröffnung kann zu einer akuten peritonealen Infektion Veranlassung geben durch Beschmutzung der Eingeweide, in deren Mitte die Herde liegen, der Eingeweide, die mehr geschützt sind durch eine alte Masse von Adhärenzen.

Ausserhalb dieser Einschränkungen, die sich gründen auf den einseitigen Sitz der Erkrankung, auf die Ungewissheit der Natur der Erkrankung, auf die Lage des Eiterherdes, kann die vaginale Hysterektomie angewendet auf die Behandlung der Beckeneiterungen :

1. Alles leisten was die Laparotomie ; sie erlaubt die Eitertuben leicht zu entfernen, ebenso die Pyosalpinx und Eiterovarien ;

2. Sie erlaubt zu erreichen und zu heilen die Erkrankungen gegen welche die Laparotomie ohnmächtig und selbst gefährlich ist.

Sie allein erlaubt zu öffnen und zu drainiren die Eiteransammlungen, die in den Adnexen eingeschlossen sind, welche verschmolzen sind mit benachbarten Theilen oder die umgehen sind von Adhærenzen ; die von der Abdominalhöhle durch solides, organisches Gewebe getrennt sind, durch wahre fibröse Massen, für welche die Laparotomie nicht den nöthigen Einblick gewährt, und für welche jeder Versuch einer Enukleation gefährlich ist.

Sie repräsentirt die « Methode der Wahl » bei der Behandlung von grossen, adhärenten Eiterherden, die nicht oder doch auch schwer zu enukleiren sind, mit oder ohne Komplication einer Fistel.

Besser als jede andere Methode heilt sie die chronischen Eiterungen des Beckenzellgewebes um den Uterus, die der spontanen Oeffnung überlassen wurden, die sehr oft mit Nachbarorganen in Verbindung stehen.

In diesen Fällen muss die Operation fast immer nur darauf hinausgehen, dem Eiter Abfluss zu verschaffen. Die Abtragung des Uterus repräsentirt eine Ideal-Drainage, vermöge welcher die Eiterherde sich entleeren.

Wollte man unter solchen Umständen die Extirpation des Eitersackes vornehmen, so müsste man alle Vortheile einer einfachen und gutartigen Operation einbüssen und würde einen der hauptsächlichsten Faktoren der vaginalen Hysterektomie bezüglich der Behandlung der Beckeneiterungen verkennen.

V

Die unmittelbaren operativen Erfolge, die die Laparotomie zeitigt, können nicht mehr ein Argument zu Gunsten dieser Methode bilden ; das Verhältniss der Erfolge der vaginalen Operation ist in den letzten Jahren deutlich angewachsen.

Die Vortheile der vaginalen Hysterektomie sind die, dass sie sich mit solchen Läsionen beschäftigt, gegen welche die Laparotomie ohnmächtig und selbst gefährlich ist.

Angewendet zur Heilung einfacher Fälle, giebt die Hysterektomie eine Proportion von Erfolgen, die gleich, wenn nicht besser ist als diejenige der Laparotomie ; angewendet zur Behandlung der schweren Fälle, giebt sie eine bedeutende Proportion und repräsentirt eine relative ungefährliche Intervention.

In der Behandlung der Beckeneiterungen kann die Abtragung des Uterus nicht vernachlässigt werden, wenn es sich darum handelt, einen sofortigen und dauernden Erfolg zu sichern.

Eine gewisse Anzahl von Laparotomisten haben heutzutage die Nothwendigkeit wieder anerkannt und bewerkstelligen auf dem Abdominalwege die gleichzeitige Abtragung der Adnexen und des Uterus.

Diese Abtragung sichert erstens eine volkommene Drainage, deren wunderbare Wirkung die Ursache der grossen Ungefährlichkeit und die extreme Einfachheit der Operationsfolgen nach vaginalen Hysterektomie ist.

Zweitens bürgt sie für die Zukunft den Störungen vor, von den der Uterus, an seiner Stelle gelassen, befallen werden könnte, wie Schmerzen, Metrorrhagien, eitriger Ausfluss, andauernde Infection oder recividirende Infection des Beckenperitoneums, gegen welche die secondäre vaginale Hysterektomie oft angewendet wurde.

Auch ist die sofortige Heilung und die Dauerresultate besser.

Allgemeine Störungen, die der Unterdrückung der Menstrualfunction zuzuschreiben wäre, scheinen nach der Abtragung des Uterus mit Adnexen weniger ausgesprochen als nach einfacher Abtragung der Adnexen.

Resumirend muss gesagt werden, dass in der weitaus grössten Zahl von Fällen, bei denen die einfache Incision nicht in Betracht kommen kann, die vaginale Hysterektomie die Methode « par excellence » der Behandlung der Beckeneiterungen bildet und dass die Laparotomie beinahe nur noch auf seine Kontraindicationen stösst.



Rapport de M. le Prof. Dr. Sänger de Leipzig.

Herr Präsident!
Meine Herren!

Bei aller Einhelligkeit der Meinungen, wie sie bei dem universellen Charakter der Medicin über bestimmte wissenschaftliche Fragen besteht, sind doch immer noch nationale Verschiedenheiten der Auffassungen vorhanden, in deren Ausgleich die eigentliche Aufgabe internationaler Congresse zu erblicken ist.

Es ist sehr bezeichnend, dass das Thema, über welches auch ich heute zu berichten die Ehre habe, « die Behandlung der Beckeneiterungen », schon auf der Tagesordnung des I. Internationalen Gynäkologen-Congresses gestanden hat.

Es ist dort nicht zu einer vollen Einigung der Ansichten gekommen und ich fürchte, es wird auf dem jetzigen Congresse nicht anders werden.

Eben darum wollen wir, jeder für seinen Theil, uns einander recht entgegenkommen!

Es ist schon ein Gewinn, wenn auch nur einzelne Streitfragen in gegenseitigem Einklange entschieden werden. —

Ubi pus, ibi infectio!

Kein anderes Organsystem des menschlichen Körpers ist gemäss seines Baues und seiner Lage, gemäss seinen so oft an der Grenze des Pathologischen streifenden Funktionen so sehr von Infektion und Eiterung heimgesucht als das Sexualsystem.

So verchieden nun in Bezug auf ihre Aetiologie, wie auf ihren anatomischen Sitz die Eiteransammlungen im weiblichen Becken sich verhalten, so verschieden sind auch die Operationswege und Operationsmethoden geworden ihnen beizukommen.

Kein einziges Operationsverfahren wird daher von sich rühmen dürfen, allen Anforderungen zu entsprechen.

Unter den zur Wahl stehenden Operationsverfahren muss für jeden einzelnen Fall dasjenige ausgesucht werden, das für ihn als das geeignetste und schonendste erscheint.

Ueberblickt man die junge Geschichte einer angreifenden Behandlung der Beckeneiterungen, welchen schlechten Ausdruck ich seiner Knappheit wegen beibehalten will, so tritt uns von manchen Seiten ein Streben nach *Radicalismus* entgegen, welcher dadurch gefördert wird, dass das weibliche Sexualsystem vermöge seiner relativ entbehrlichen Stellung innerhalb des Gesamtorganismus, sowie vermöge seiner scharf umgrenzten anatomischen Lagerung und leicht gewordenen operativen Zugänglichkeit, eine Ausrottung erfahren kann, so gründlich wie kein anderes Organsystem des menschlichen Körpers.

Wohl hat sich gezeigt, dass die radikalsten Operationen auf diesem Gebiete in grosser Zahl glücklich verlaufen können und die Gesundheit völlig wiederherzustellen vermögen, aber auch, dass es Fälle gibt, wo diese Operationen Folgen nach sich ziehen, welche den Ausfall der wesentlichsten Theile des Sexualorgans doch nicht als für die Harmonie mit den anderen Systemen des menschlichen Körpers so gleichgültig erscheinen lassen. Hiezu kommt, dass viele weibliche Individuen ihrer inneren Sexualtheile beraubt wurden, die sehr wohl noch ihrer natürlichen Funktion gewonnen oder erhalten werden konnten. Und doch können die gleichen Heilerfolge auch mit geringeren Eingriffen erzielt werden, wesshalb hier wie überall das Streben herrschen sollte, mit dem leichtesten Eingriffe den grösstmöglichen Heileffekt zu erreichen.

Sehr treffend machte *Nothnagel* in seinem Vortrag auf der Wiener Naturforscherversammlung über « Krankheit und Heilung » darauf aufmerksam, dass, wenn der Chirurg auch nur einen Abscess öffne, er streng genommen mit dessen Schliessung keine volle Heilung zuwege bringe, da er das verloren gegangene Gewebe nicht ersetzen könne.

Es gilt also überall am menschlichen Körper für jedes chirurgische Handeln zu erhalten, was zu erhalten geht. Wer wird wegen eines Abscesses der Mamma diese abtragen ? Wer wird heute wegen einer Eiterung im Sprunggelenk mehr das Bein amputiren ? Wer wegen eines Abscesses der Niere diese opfern ?

Und doch geschah ganz das Gleiche sehr oft unnöthig bei der Behandlung der Beckeneiterungen.

Es hiess vielfach nicht mehr « ubi pus, ibi evacua », « wo Eiter sitzt, entleere ihn », sondern « wo Eiter sitzt in den Beckenorganen, entferne diese sammt dem Eiter ! »

Aber auch für das Sexualorgan darf es nicht anders sein als so, dass die den Eiter bergenden Organtheile im Princip und so weit zu erhalten sind, als dies irgend möglich ist.

Da es für die *Behandlung der Beckeneiterungen* von grundlegender Bedeutung ist, deren einzelne Arten auseinander zu halten, so gebe ich zunächst eine

Pathologisch-anatomische Eintheilung der Eiterungen im weiblichen Becken.

I. In offenen und geschlossenen Hohlorganen.

1. *Uterus.*
   a) Endometritis, Metro-Endometritis, Metro-Perimetritis infectiosa, Abscessus uteri, verjauchte Geschwülste des Uterus.
   b) einfache Pyometra,
   c) Pyometra lateralis (ev. mit Pyokolpos),
   d) vereiterte Cysten des Uterus.
2. *Tuben.*
   a) Salpingitis purulenta,
   b) Pyosalpinx, s. Sactosalpinx purulenta,
   c) vereiterte tubare Fruchtsäcke, einschliesslich alle Formen und Arten von den Tuben ausgehender ectopischer Schwangerschaft.
3. *Ovarium.*
   a) Oophoritis purulenta,
   b) Solitære und multiple Abscesse des Ovarium.
   (Follicularabscesse, Corpus-luteum-Abscesse, Stroma-Abscesse). Pyovarium (ev. auch im Zusammenhang mit Ovarialschwangerschaft,
   c) vereiterte Cysten des Ovarium, besonders Dermoidcysten.
4. *Mesosalpingium und Ligam. latum.*
   a) Vereiterte Cysten (« Parovarial-Cysten ». Retroperitoneale Cysten).
5. *Vereiterte Beckenechinokokken.*

II. Freie peritoneale Eiterungen.

1. Pelviperitonitis suppurativa (retro- und ante-uterina).

2. Peritonitis circumscripta suppurativa anderer Bezirke (z. B. zwischen Netz und Blase).
3. Vereiterte resp. verjauchte Hæmatocelen.
4. Tuberkulöse Exsudate.

III. Eiterungen des beckenbindegewebes, des subperitonealen bindegewebes (Pelveophlegmone, Phlegmone subperitonealis).

a) Parametritis und Paracolpitis suppurativa.
b) Paracystitis suppurativa.
c) Paraproctitis suppurativa.
d) Intraligamentäre Abscesse.
e) Abscessus cavi Retzii.
f) Subperitoneal-intramusculäre Abscesse der Bauch- und Rumpfwand.
g) Psoasabscesse.

IV. Eiterungen benachbarter organe.

1. Appendicitis (Peri- und Paratyphlitis).
2. Enteritis perforativa. Kothabscesse.

V. Combinationen der einzelnen arten von eiterungen.

a) ohne,
b) mit Perforation und Fistelbildungen nach Nachbarorganen (Darm, Blase, Scheide, Uterus, Rumpfwand).

Eine auf *Bakteriologie* gegründete *aetiologische Eintheilung* der Beckeneiterungen würde auch für die Behandlung von grosser Bedeutung sein. Doch ist man noch nicht so weit, um aus den klinischen Verhältnissen und dem anatomischen Befunde vor der Operation die jeweiligen Eitererreger sicher feststellen zu können. Ist dies doch sogar mit dem durch Probepunction und die Operation selbst gewonnenen Eiter oft noch schwierig genug. Wir müssen aber mit allen Hülfsmitteln der Klinik und Bakteriologie dahin streben, *vor, während und nach der Operation* möglichst näheren Aufschluss über die vorliegenden Eitererreger zu bekommen, da die Art des operativen Eingriffes wie auch dessen Prognose wesentlich davon abhängt.

Die wichtigsten bis jetzt in den uns interessirenden Eiterheerden nachgewiesenen Mikroben sind, geordnet nach ihrer *Häufigkeit :* Gonococcus, Streptococcus pyogenes, Bakterium coli commune, Staphylococcus albus et aureus, Bacillus tuberc., Diplococcus pneumoniæ, Bacillus typhi, Actinomyces bovis. Leider können wir uns auch über die Virulenz der Mikroben zu klinischen Zwecken (volle, abgeschwächte, erloschene Virulenz) nur mangelhaft vor der Ope-

ration vergewissern. Am besten sind wir noch unterrichtet über den *Gonococcus*, dessen Biologie am genauesten erforscht ist, demnächst über den Streptococcus, das Bakterium coli und den Bacillus tuberculosis.

In *klinischer* Beziehung ist die Aetiologie der Beckeneiterungen noch zu trennen :

1) nach ihrem Zusammenhang mit Geburten und Aborten,

2) mit gynäkologischen Operationen,

3) mit anderen Infectionsgelegenheiten und Infectionswegen.

Die *Bestimmung der Mikroben* während der Operation *(Schauta)* kann nur ein Versuch sein, sollte aber nicht unterlassen werden, da er häufig einen positiven Nachweis liefert, wovon die Behandlung nützlich beeinflusst werden kann.

Hinsichtlich *operativer Behandlung* der Beckeneiterungen vertritt die deutsche Gynäkologie folgende allgemeine *Grundsätze :*

1) Strenge Indicationsstellung für jedes operative Einschreiten überhaupt.

2) Möglichst conservatives Vorgehen.

3) Individuelle Auswahl des passendsten Operationsverfahrens auf Grund genauer bakterieller, klinischer und anatomischer Diagnose.

Die überwiegende Einschlagung des radicalsten Operationsverfahrens der vaginalen Hysterektomie und Hystero-Salpingo-Oophorektomie bei den häufigsten und gynäkologisch wichtigsten Formen von Beckeneiterungen, den eitrigen Erkrankungen der Adnexa uteri, wird von den Meisten verworfen, conservativen Operationen und dem abdominalen Operationswege der Vorzug eingeräumt.

Ueberhaupt ist das so ausgedehnte und verwickelte Thema der Beckeneiterungen von einem weiteren und höheren Gesichtspunkte zu betrachten, als dem einseitigen der Hysterektomiefrage.

Ich ergreife daher gern die Gelegenheit zu betonen, dass gerade *L. Landau*, welcher in Deutschland, ja überhaupt für die vaginale Radical-Operation bei Beckeneiterungen am meisten gethan, sich stets vor Einseitigkeit gehütet hat. Seit Jahren hat *L. Landau* und seine Schule in einer Reihe von Arbeiten über Beckeneiterungen und deren Behandlung diesen Gegenstand in hervorragender Weise ausgebaut und gefördert.

Es war für mich daher Sache einer gewissen Selbstverleugnung indem ich das mir angetragene Referat gerade über diesen Gegen-

stand übernahm, da ich grösstentheils dieselben Themen zu besprechen habe, die *L. Landau* schon nach allen Richtungen beleuchtet hat. Dennoch habe ich mir die volle Selbständigkeit meiner Auffassungen und meines Urtheiles gewahrt, wie sich namentlich aus meiner Stellungnahme zur Hysterektomiefrage ergeben wird.

Zur *Prophylaxe* noch ein Wort zu verlieren, wäre überflüssig, wenn nicht thatsächlich noch immer eine grosse Zahl von Infectionen auf Mängel, Verstösse, leichtfertige Handhabung der Asepsis bei Vornahme geburtshülflicher und gynäkologischer Eingriffe zurückzuführen wäre. Jeder Gynäkologe hat die Regeln der Asepsis auch bei Vornahme geringfügiger Operationen stets peinlich zu wahren!

Bei schon bestehender namentlich gonorrhoischer Infection sind örtliche Eingriffe am Uterus äusserst einzuschränken, um Verschlimmerung und Weiterverbreitung derselben zu verhindern!

Daher ist auch jene Methode des Versuches einer Entleerung von Tuben-Eiter nach dem Uterus zu durch Erweiterung und Gaze-Ausstopfung desselben (*Walton*, *Doléris* u. A.) zu verwerfen. Ueberhaupt ist vor der Ausstopfung des inficirten Uterus mit Gaze zu warnen; sie soll nur im Nothfall bei atonischen Blutungen vorgenommen werden, da sie den sich selbst am besten drainirenden Uterus nur verstopft und geformte Sekrete nicht durchlässt. Auch Quellstifte sollen bei inficirtem Uterusinhalte nicht angewandt werden.

Auf Nichtbeachtung dieser Dinge lassen sich zahlreiche Fälle schwerer Beckeneiterungen, ja auch Todesfälle zurückführen.

Die *abwartende Behandlung* findet auch in der operativen Aera noch ihre Stätte:

1) im acuten Stadium der meisten Formen infectiös-eitriger Erkrankung der Beckenorgane, besonders so lange schwerere peritonitische Erscheinungen vorhanden sind und so lange noch irgend Aussicht besteht, dass die Entzündung zurückgeht, der Eiter zerfällt und resorbirt wird, oder in günstiger Weise durchbricht, wie z. B. bei Pelveo-phlegmone puerperalis (Parametritis exsudativa).

2) in Fällen frischer gonorrhoischer Salpingitis und Pelvi-peritonitis, so lange die Möglichkeit eines Rückganges der entzündlichen Erscheinungen mit relativer Ausheilung gegeben ist.

3) in einzelnen Fällen von chronischer Pyosalpinx mit sterilem Eiter, ohne Neigung zu fortschreitender Grössenzunahme, sondern langsamer Einschrumpfung bei Fehlen subjectiver Beschwerden.

4) Nach erfolgtem Durchbruch freien Eiters und des Eiters geschlossener solitärer Höhlen, sofern die Perforationsöffnung sich

völlig schliesst und Wiederansammlung des Eiters nicht stattfindet.

Recht oft werden auch Zeit und Umstände zu einem abwartenden Verhalten nöthigen oder das operative Eingreifen hinausschieben.

Spezielle Behandlungsverfahren.

1. Die *Punktion,* am geeignetsten als « palpatorische Punktion » nach *L. Landau* mittels dessen Punktions-Troicart, oder mit langer Hohlkanüle, an welche eine einfache Aspirationsspritze angesetzt wird, auszuführen.

a. zu diagnostischen Zwecken (Feststellung von Eiter und der bakteriologischen Natur des Eiters);

b. als Vorakt der Incision, um dieser den Weg zu weisen;

c. zu therapeutischen Zwecken, bei chronischen, veralteten Fällen von abgekapseltem, freiem Eiter, oder Eiteransammlungen in geschlossenen Organtheilen (einseitigen, solitären Abscessen).

Aussicht auf Erfolg ist hier nur vorhanden bei sterilem Eiter. Auswaschung der Eiterhöhle, Einspritzung von Lapislösungen oder Tinct. Jodi ist schwierig ausführbar bei der Engigkeit der Hohlkanülen und nicht rathsam wegen der Möglichkeit einer neuen Entfachung der Entzündung.

Vorsichtiger von den Bauchdecken her ausgeführter Druck auf die punktirte Geschwulst — nur bei ganz chronischen Fällen — ist zulässig.

Die Punktion ist nur erlaubt, wenn der Eiterheerd erreichbar ist, ohne dass der Troicart die freie Beckenbauchhöhle kreuzt.

2) Die *Incision* ist auszuführen auf vaginalem, perineal-parasacralem Weg, sowie von verschiedenen Stellen der Bauchwand und des Rumpfes aus, einestheils entsprechend den Stellen spontaner Durchbrüche des Eiters, anderntheils folgend gewissen anatomischen Bahnen, welche diesen auf kürzestem und vor Nebenverletzungen sicherstem Weg zu erreichen gestatten.

Es ist daher auch unter den Incisionsverfahren stets dasjenige zu wählen, welches die letztere Forderung am besten erfüllt. Das Hauptgebiet der Incision sind die *extraperitonealen* Eiteransammlungen (Abschnitt III der Eintheilung), besonders die abscedirenden pelveo-phlegmonösen (parametritischen) Exsudate. Nur die

grösseren, von Aussen sicht- und tastbaren, nicht blos miliare Abscesse, sondern eine grössere Eiterhöhle bergenden Exsudate sollen Gegenstand einer activen Behandlung sein. Die kleineren und mittleren harten Exsudate bergen solche entleerungsfähige Eiterheerde überhaupt nicht. Eine Eigenthümlichkeit jener grösseren in das Hypogastrium und höher hinauf reichenden vereiterten Exsudate ist, dass in diesem Stadium das Parametrium, wovon sie ursprünglich ausgingen, theils infolge von Resorption, theils von einer Art Weitermassage der entzündlichen Infiltrate nach aufwärts, schon wieder frei geworden ist, so dass die Incision von der Scheide her dann gar nicht ausgeführt werden kann.

Bei Incision von der Scheide her kann der *Ureter* verletzt werden. *(Tauffer)*. Wichtig ist, dass man bei parametritischen Exsudaten den Ureter von der Scheide her nicht zu tasten bekommt, da sich das Exsudat, ohne ihn wesentlich zu verschieben, um ihn herumlagert: der Ureter zieht durch das Exsudat durch, während er, was differential-diagnostisch bedeutsam ist, bei intraligamentären Hämatomen unterhalb des Blutergusses zu liegen kommt und dann fast stets getastet werden kann. Sehr oft ist dies auch bei peritubaren und retrouterinen Hämatocelen der Fall. Das Verhalten des Ureters muss also bei der Incision berücksichtigt werden.

Erfahrungen über operative Eröffnung extraperitonealer Exsudate und Abscesse sind neuerdings von *Fritsch, J. Veit, Leopold, Bäcker, (v. Késmársky)* mitgetheilt worden.

Fritsch und *J. Veit* neigen zu frühem Eingreifen. Wenn dabei wirklich ein Eiterherd vorhanden und sei es von der Scheide, sei es vom Hypogastrium, sei es von beiden Wegen her zugleich gut angreifbar ist, kann man dies nur gutheissen. Auch ganz grosse Exsudate können aber bekanntlich bei entsprechender Behandlung, wobei längere Bettruhe besonders wichtig ist, spurlos zurückgehen. Die grossen hypogastrischen Exsudate, die diffusen Pelveophlegmonen sind überhaupt fast immer Folgen der « *Vernachlässigung* » : sie werden nicht frühzeitig genug erkannt und, sehr häufig, vom Arzt nicht streng und, namentlich nicht lang genug durch volle Bettruhe, Eis, Opium etc. behandelt. *Die Prophylaxe und Frühbehandlung der pelveo-phlegmonösen Exsudate im Wochenbett verdient grössere Beachtung, als ihr im Allgemeinen namentlich seitens der Mehrzahl der Geburten und Wochenbetten leitenden Aerzte geschenkt wird.*

Dies wird auch gestützt durch die ganz erstaunliche Häufigkeit *narbiger Residuen* von Pelveophlegmone, welche man bei gynäkolo-

gischen Untersuchungen antrifft, ohne dass die Betreffenden ärztlich behandelt wurden.

Diese Narben beweisen, dass in einer grossen Anzahl anscheinend oder angeblich normal verlaufener Wochenbetten Infectionen stattgefunden und infectiöse Erkrankungen vorgelegen haben : sie wurden nur nicht von den Hebammen und Aerzten festgestellt und steigerten sich nicht zu solcher Heftigkeit, dass ärztliche Hülfe unabweislich wurde.

Ganz sicher ist die WOCHENBETTSMORBIDITÄT *in der Praxis eine viel höhere als in Anstalten; zahlreiche Frauen, deren Wochenbett als ein normales erklärt und gebucht wurde, haben unbemerkt Erkrankungen durchgemacht, die hart an der Grenze der Lebensgefahr vorübergingen.*

Hier sei auch *differential-diagnostisch* hervorgehoben, dass die im Anschluss an *Aborte* auftretenden « Exsudate » *so gut wie niemals extraperitoneal sitzen,* bez. *parametritischer Art sind.* Wohl kommen hier umschriebene intra-ligamentäre Abscesse, sowie von hier aus, auf dem Hiluswege fortgeleitete Ovarialabscesse vor, aber sonst sind, wenn nicht gerade die Cervix verletzt und Eingangspforte der Infection war, die vermeintlichen « parametritischen Exsudate » nach Abort stets *intraperitoneale Exsudate mit eitrigen Adnexerkrankungen.*

Auch möge bei der ausserordentlichen Häufigkeit der *Tubarschwangerschaft* mit ihren frühzeitigen Ausgängen in Abortus tubarius, Fissura und Ruptura tubæ mit *peritubaren* und *retro-uterinen Hämatocelen,* die von Unkundigen noch immer vielfach als « Parametritis » aufgefasst werden, auch stets an die Möglichkeit ihres Vorhandenseins gedacht werden.

Besonders oft werden Tubenschwangerschaften in ihren verschiedenen Ausgängen auch mit eitrigen Adnexerkrankungen verwechselt.

Die *Incision* bei *intraperitonealen* Eiteransammlungen, verjauchten Hämatocelen, Pyosalpingen, Pyovarien etc. entspricht nach heutiger Bezeichnung einer *einfachen Colpo-Cœliotomie.*

Es kann auch das Eindringen zwischen Collum und Blase mit Eröffnung der Plica peritonealis anterior d. i. die Colpo-Cœliotomia anterior in Betracht kommen (2 eigene Fälle, 6 Fälle von *Prochownick,* laut Fragebogen), überwiegend aber der Weg durch das hintere Scheidengewölbe.

Als geeignetste Technik empfielt sich hier die Durchtrennung der Scheide und des retrocervicalen Bindegewebes mittels *Thermokauter* und stumpfe Eröffnung des Eiterherdes mittels Kornzange.

Das sehr ingeniöse *Landau-Vogel'*sche Instrument: spitze Spreizzange, die dem Punktionstrocart entlang vorgeschoben und dann geöffnet wird, fand ich, um Scheide und Sackwand gleichzeitig zu eröffnen als zu kurz und zu schwach. Wird es aber erst nach Spaltung der Scheide angewandt, so hat es vor der einfachen Kornzange keinen Vortheil.

Keine Ausspühlung, keine Ausstopfung der Eiterhöhle mit Gaze unmittelbar nach der Eröffnung, sondern erst in der späteren Nachbehandlung! Die Spühlflüssigkeit könnte leicht in die freie Bauchhöhle gelangen, die eingeschobene Gaze den Weg verlegen.

Die Ränder des Eitersackes lassen sich meist leicht mit den Scheidenrändern vernähen. Allenfalls kann man beide auch durch Klemmen zusammenfassen *(L. Landau)*. Zur *Drainage* eignet sich am besten ein weites Gummirohr, allenfalls in T-Form nach *Boisleux,* das an einen Scheidenrand angenäht wird.

Glasdrains können leicht, nach oben vordringend, innere Verletzungen und Decubitus der Scheide bewirken.

Zur Erweiterung der den Ablauf sichernden Oeffnung im Scheidengewölbe kann, namentlich für höher gelegene Eiterhöhlen, die *Medianspaltung der hinteren Cervixwand,* sowie die *Resection des Uterus (Th. Landau)* in Betracht kommen.

Für die *Nachbehandlung* kommt es darauf an, es nie zu einer Ausstauung von Sekreten kommen zu lassen: daher nun fleissige, mindestens täglich einmalige Ausspühlungen mit doppelläufigem Spühlrohr, allmälige Verkürzung des Drain, nach Wegnahme desselben Controle, ob sich keine Eiterretention hergestellt hat. Bleibt trotzdem eine vaginale Fistel bestehen, die der üblichen Behandlung (Erweiterung, Ausspühlungen, Ausschabung, ätzende Einspritzungen) nicht weicht, kommt in Frage entweder die vaginale Hysterektomie sammt Entfernung des Eitersackes oder dessen Beseitigung auf abdominalem Wege.

Die einfache vaginale Cœliotomie behufs Ablassung intra-peritonealer Eiterheerde, welcher Rang der « Incision » hier zukommt, wird vorwiegend in *chronischen* Fällen und bei *solitären Eiteransammlungen* anzuwenden sein, wobei sie, da es sich gewöhnlich um *sterilen* Eiter handelt, meist völlig genügt. Angesichts ganz allseitiger, sehr derber Verwachsungen, namentlich bei heruntergekommenen Kranken, wobei die Durchführung der Ausschälung des Eitersackes bei Vornahme einer *abdominalen Cœliotomie* sich zu einer sehr schwierigen und gefährlichen gestalten würde, oder auch

zur blossen Orientirung, kann man nach genauer Erhebung des Situs pelvis die Bauchwunde wieder schliessen und zur Colpo-Cœliotomie (vaginalen Incision) übergehen. In mehreren solchen Fällen habe ich so gehandelt und Heilung erzielt.

Nach *unvollständiger, vaginaler Hystero-Salpingo-Oophorectomie,* wobei die Adnexa einer Seite oder Theile derselben zurückbleiben — auch *L. Landau* leugnet nicht, dass solche Fälle dem Geübtesten vorkommen können — zwingen weitere Eiteransammlungen zuweilen später zur vaginalen Incision oder es bleiben Fisteln zurück, deren Heilung auch durch die gefährliche Nähe, in welche nun Darm, Blase, Ureteren gerückt sind, sehr erschwert wird. Zurückgelassene, nicht vereiterte Adnexa oder Theile derselben können *später* vereitern mit den gleichen Folgen. Die begleitenden Exsudate und Schwielenbildungen können längere Zeit nach der Colpo-Hysterektomie zu Darmverschluss im Bereich des S. romanum und Ileus führen. In einem Fall derart habe ich durch Cœlotomie Heilung erzielt : das S. romanum wurde wieder durchgängig, aber die fistulöse Eiterung nach der Scheide ist noch nicht ganz versiegt.

Von *acuten* Fällen, für welche die vaginale Incision indicirt ist, kommen in Betracht besonders die *freien Eiterungen im Douglas'schen Raum* und die *verjauchten Hämatocelen*, doch letztere nur bedingungsweise, nämlich dann, wenn zugleich Erscheinungen allgemeiner Peritonitis bestehen. Sonst ist die abdominale Cœliotomie auszuführen, durch welche ich in mehreren Fällen von Pyosalpinx der einen Seite und Verjauchung eines tubaren Fruchtsackes nebst Hämatocele der andern Seite durch Salpingo-Oophorektomie und Drainage nach *Miculicz* Heilung erzielte.

Die Mitentfernung der Adnexa auf dem Wege der Colpo-Cœliotomia posterior würde in solchen Fällen eine sehr schwierige, meist ganz kaum durchführbare sein. Die blosse Colpotomia posterior würde aber gerade die Quelle der Verjauchung der Hämatocele, die vereiterten Adnexa, zurücklassen; sie soll daher nur auf Fälle beschränkt bleiben, wo gleichzeitig allgemeine Peritonitis besteht : ich verlor einen solchen Fall nach abdominaler Cœliotomie, Salpingo-Oophorektomie, Ausräumung der verjauchten Hämatocele, der durch blosse vaginale Incision der letzteren vielleicht in Heilung überging.

Sonst bin ich nach wie vor ein strikter Gegner der Elytrotomie bei nicht verjauchten Hämatocelen, weil Tube und Fruchtsack zurückbleiben und nachträglich vereitern können.

Ihre Entfernung, sei es durch Colpo-Cœliotomia anterior oder posterior, ist wohl möglich, ich ziehe aber hiefür unbedingt die abdominale Cœliotomie vor, da sie allein in allen Fällen sicherer und gründlicher vorzugehen erlaubt bei besserer Möglichkeit mit der gesunden Seite conservativ zu verfahren.

Die vaginale Hystero-Salpingo-Oophorektomie selbst bei verjauchtem Fruchtsack, geschweige bei nicht verjauchtem, wie sie von Manchen ausgeführt wurde, halte ich für verwerflich.

Die einfache Colpo-Cœliotomia posterior, allenfalls verbunden mit Eröffnung der Parametrien, gefolgt von Ausstopfung mit Jodoformgaze, ist neuerdings empfohlen worden bei *Pelvi-peritonitis* und *Parametritis septica puerperalis acuta*, mit und ohne Parametritis, mit und ohne Salpingitis und Oophoritis *(Henrotin*[1], *Jacobs)*. Ob dieses an sich einfache Verfahren wirklich gegen die Streptokokkeninfection der acuten puerperalen Sepsis ausreichend ist, ob es nicht im Gegentheil, schon durch Setzung neuer Wunden, durch die operativen Massnahmen selbst sie verschlimmert, lässt sich z. Zt. noch nicht beurtheilen. Es wird sicher, ebenso wie das Curettement bei Endometritis puerperalis, mehr Gegner als Freunde finden.

Die vaginale Incision von Beckenabscessen ist durch die vaginale Hysterektomie zurückgedrängt worden. Sollte ja die ursprüngliche, heute überbotene « Castration utérine » *Péan's* d. i. die vaginale Hysterektomie allein ohne Mitwegnahme der Adnexa nichts anderes sein als ein Mittel zur besseren Eröffnung und Entleerung der periuterinen Eiteransammlungen. Man erkannte dann freilich, dass auch nach Herausnahme des Uterus nicht alle Eiterherde in die dadurch geschaffene Bresche einmündeten oder von ihr aus erreicht wurden.

Und auch durch die Radicaloperation gelingt das noch lange nicht immer und Jedem.

[1] Der Vortrag von *Henrotin* auf dem Congress hat insofern klärend gewirkt, als sich zeigte, dass er sein Verfahren eben nicht bei jenen schwersten Formen septischer Infection angewandt hat, welche zwischen dem 3. und 9. Krankheitstag zu sterben pflegen, sondern fast ausschliesslich bei weniger schweren Infectionen und in späteren Zeiten des Wochenbettes, wo Eiterheerde vorhanden und abgekapselt waren. Dies erklärt auch seine vortrefflichen Resultate, welche wohl dazu ermuntern, die bei uns herrschende, mehr abwartende Behandlung der Puerperalinfectionen zu Gunsten einer activeren und nach seiner Methode einzuschränken.

(Vgl. hiezu den Sammelbericht von *E. Frænkel* über moderne Behandlungsmethoden puerperaler Erkrankungen. Deutsche med. Wochensch. 1896. Nr. 40.)

Man muss sich daher nun « per tot discrimina rerum » doch fragen, ob es nicht gerade umgekehrt von Vortheil sein könne, den Uterus auch aus technischen Gründen zu erhalten und die Eiterheerde vor und hinter ihm in energischerer Weise von der Scheide her anzugreifen, als dies bisher durch die einfache Incision, bezw. Colpo-Cœliotomie geschehen ist, ohne die vereiterten Organtheile selbst fortzunehmen, ein etwa der Oeffnung und Drainage multipler Abscesse der Niere vergleichbares, conservatives Verfahren.

Wohl hat man auch früher schon im Anschluss an die Incision mit dem in die Eiterhöhle eingeführten Finger nach weiteren Heerden gefahndet und sie eröffnet. (S. die Litteratur bei *Boisleux,* Centralbl. f. Gyn., 1892, Nr. 29, und «Revue médicale,» 1895, Nr. 112.) Diese Methode ist aber, wie die neueren Erfahrungen über Colpo-Cœliotomia posterior, namentlich von *Mackenrodt* (Sammlg. kl. Vorträge, N. S., Nr. 150), bezeugen, noch sehr der Erweiterung fähig, ja, dazu bestimmt eine Methode der Zukunft zu werden, da die Eiterheerde von der Scheide her und unter Leitung der auf den Bauch gelegten Hand, also bimanuell und stumpf eröffnet werden können, so dass der Uterus nicht blos nicht stört, sondern als Wegweiser von Vortheil ist.

Ja, *H. A. Kelly* macht in schwierigen Fällen auch noch die Cœliotomie, um von der offenen Bauchhöhle aus die an der Eröffnung und Durchbrechung von Eiterheerden von der Scheide her arbeitenden Finger controliren zu können (Bull. Johns Hopk. Hosp. Rep. VII, 59.60), ein Verfahren, welches allerdings noch rathsamer ist als die diagnostische Cœliotomie mit Wiederverschluss der Bauchhöhle und *nachheriger* vaginaler Eröffnung der Eiterhöhle.

Aus der « vaginalen Incision » ist also, wie man sieht, inzwischen auch weit mehr geworden, als sie früher gewesen ist.

3. *Grössere geschwulstartige Eiteransammlungen im Abdomen und vereiterte Geschwülste* verlangen die *Cœliotomie.*

Für abgekapselte Heerde von *eitriger (und tuberkulöser) Peritonitis* genügt die *einfache Cœliotomie* und Drainage, wofern die Adnexe oder andere vereiterte Organe nicht noch besonders wegzunehmen sind.

Vereiterte Organe (aussergewöhnlich grosse tubare und ovarielle Eitersäcke, vereiterte tubare und tubo-abdominale etc.) Frucht-

säcke (vereiterte Ovarialcysten etc.) sollen vollständig entfernt werden !

Blosse Incision der Eitersäcke bei ein- oder zweizeitigen Vorgehen soll auf Fälle der Noth beschränkt bleiben !

Die meisten derartigen Fälle sind auf vaginalem Wege überhaupt nicht anzugreifen, sie bieten einem vaginalen Vorgehen, schon wegen der Grösse der Eitersäcke, den gewöhnlich allseitigen Verwachsungen so bedeutende Schwierigkeiten, wie sie bei Cœliotomie nicht vorhanden sind.

Allenfalls kann, als ein Mittelverfahren, der nach Cœliotomie entleerte Eitersack in der Bauchhöhle durch die Naht geschlossen und nach der Scheide drainirt werden *(A. Martin)*.

Gerne wäre ich auf die *Differential-Diagnose* von extra- und intraperitonealen Eiteransammlungen noch weiter eingegangen, da dies auch für die Wahl der Operation von grosser Wichtigkeit ist. Ich muss es mir in Hinblick auf die Breite des Gegenstandes aber versagen. Nur sei bemerkt, dass man, sich genau an die Aetiologie, die anatomischen und klinischen Verhältnisse haltend, wohl meist die richtige Unterscheidung treffen wird, wenn nicht, was recht selten vorkommt, beides, extra- *und* intraperitoneale Eiteransammlungen bestehen. Und das ist von Bedeutung zu wissen, dass weitaus am häufigsten *entweder* nur das eine *oder* nur das andere vorhanden ist.

Die Schwierigkeiten für eine mit Eröffnung der Peritonealhöhle verknüpfte operative Behandlung und Beseitigung der eitrigen Adnexerkrankungen ist neuerdings dadurch weiter gesteigert worden, dass die Anzahl der zur Wahl stehenden Operationswege und Operationsmethoden eine grössere geworden ist.

Eintheilung der Verfahren :

I. Vaginale :

1. Colpo-Cœliotomia ant. *(Dührssen, A. Martin,* u. A.*)*.

2. Colpo-Cœliotomia post. *(Atlee, Hegar, Battey, Byford, Laroyenne, L. Landau, Mackenrodt,* u. A.).

3. Colpo-Cœliotomia ant. und post. *(Bode, von Erlach, Gottschalk)*, sämtlich mit Salpingo-Oophorectomia uni- oder bilateralis.

4. Colpo-Hysterectomia *(*« Castration utérine, » *Péan)*.

5. Colpo-Hystero-Salpingo-Oophorectomia. « Vaginale Radikaloperation, » *(Péan, Segond, Doyen, L. Landau)*.

II. Abdominale :

1. Cœlio-Salpingectomia und Coelio-Salpingo-Oophorectomia uni-s. bilateralis.

2. Cœlio-Salpingo-Oophorectomia bilateralis mit Hysterectomia supravaginalis *(Zweifel, H. A. Kelly, Sänger)*.

3. Cœlio-Salpingo-Oophoro-Hysterectomia totalis, « Abdominale Radicaloperation » *(Krug, Polk, Delagénière, Schauta, Bardenheuer*, u. A.*)*.

III. Hystero-Salpingo-Oophorectomia abdomino-vaginalis, meist als vaginale begonnen, als abdominale vollendet. *(L. Landau)*.

IV. Cœliotomia sacralis s. parasacralis (Hegar, v. Hohenegg, Czerny, Schede, u. A.*)*.

Nur von Wenigen und in wenigen Fällen geübt.

Von der einfachen Incision im vorderen oder hinteren Scheidengewölbe mit Eröffnung der Peritonealhöhle bis zur Ausrottung von Uterus sammt Adnexen haben wir nun eine abgestufte Reihe *vaginaler Operationen* conservativer und radicaler Art, denen eine ebensolche Reihe *abdominaler Operationen* gegenübersteht.

Man ist also in den Stand gesetzt, sowohl vaginal wie abdominal je nach Wahl des Operationsweges und Operationsverfahrens *conservativen* Anforderungen zu genügen oder a limine *radical* vorzugehen, oder erst den *Versuch eines conservativen Eingriffes* zu machen, um daran — u. U. auch gezwungener Weise — einen radicalen anzuschliessen.

Es ist dies gegenüber dem Stand der Dinge zur Zeit des I. Intern. Gynäkologen-Congresses in Brüssel 1892, wo eigentlich nur die vaginale Hysterectomie, die damals noch nicht vollständig zur « vaginalen Radicaloperation » vorgeschritten war, sowie die abdominale Salpingo-Oophorectomie einander gegenüberstanden, eine wesentlich veränderte Sachlage. Die ungemeine Ausdehnung, welche die vaginale Hysterectomie und Hystero-Salpingo-Oophorectomie bei eitrigen wie auch nicht eitrigen Adnexerkrankungen in Frankreich erfahren hatte, hat in Deutschland keine Nachahmung gefunden. Stets herrschte das Bestreben vor, nur die erkrankten Theile zu entfernen und zu erhalten, was irgend zu erhalten ging. Daher wurde von den meisten Operateuren und für die meisten Fälle die Cœliotomie beibehalten bis neuerdings in der *Colpocoeliotomie* ein willkommener Bundesgenosse dieser Bestrebungen erstand, welche die grossen Vortheile eines vaginalen Vorgehens

mit der Wahrung conservativen Handelns verband, ohne ein radicaleres Vorgehen auszuschliessen.

Die Colpo-Cœliotomie in ihrer modernen Phase ist freilich noch zu jung, die Zahl der durch sie operirten Fälle von eitrigen Erkrankungen der Adnexa noch zu gering, um ihre Stellung endgültig umgrenzen zu können. Dass sie aber einen festen Platz in der operativen Gynäkologie behalten werde, kann wohl als sicher gelten.

Namentlich ist die *Colpo-Cœliotomia posterior* dazu berufen, bei frischeren Fällen, bei einseitiger Erkrankung, bei lockeren Verwachsungen eine grössere Rolle zu spielen, weil sie auf dem kürzesten und anatomisch gemässestem Wege die Adnexa direct zu erreichen und vor Allem, weil sie eine vorzügliche Drainage gestattet.

Tiefe Lagerung der eitergefüllten Tube im Douglas'schen Raume ist, nach *J. Veit*, ein Zeichen besonderer Länge des Lig. infund.-pelvicum, was ihre Wegnahme auf vaginalem Wege erleichtert.

Demgemäss sind schon ziemlich viele Fälle veröffentlicht worden, wo vereiterte Adnexa uni- oder bilateral durch die Colpo-Cœliotomia ant. und posterior entfernt wurden.

Für die Colpo-Cœliotomia anterior wurden mir ausser den veröffentlichten Fällen von *Dührssen, Kossmann, Riedinger* noch durch Fragebogen Fälle mitgetheilt von *Bode, Czempin, v. Erlach, A. Martin, Präger, Prochownick, Simon.*

Für die Colpo-Cœliotomia posterior, welche neuerdings einen besonderen Aufschwung nimmt, hat *Goullioud* aus der Klinik von *Laroyenne* schon auf dem Brüsseler Congress Fälle veröffentlicht, sowie in jüngster Zeit *Mackenrodt.*

Weitere Fälle wurden mir durch Fragebogen mitgetheilt von *Bode, Czempin, Everke, Günther, Kötschau, Leopold, Löhlein, Meinert, Michelsen, Prochownick, Simon, Wehmer.*

Während in den ersten Zeiten der Castration und Salpingo-Oophorektomie gerade auf die vollständige Entfernung der Adnexa, in specie der Ovarien, zur Herbeifürung der « *anticipirten Climax* » das grösste Gewicht gelegt wurde, ist auch hierin ein Wandel eingetreten. Die vollständige und vorzeitige Wegnahme der Keimdrüsen bewirkt bei den meisten — nicht allen — Betroffenen schwere nervöse und vasomotorische Störungen, die sogenannten « *Ausfallerscheinungen,* » welche als « *Cachexia oophoripriva* » *(L. Landau)* geradezu mit der « Cachexia strumipriva » verglichen worden sind.

Auch die Wegnahme des Uterus bei Zurücklassung eines oder

beider Ovarien kann, wenn auch seltener, dann aber eben so schwer jene Ausfallerscheinungen im Gefolge haben.

Es ist daher von Seiten derjenigen Autoren, welche diese Zustände schilderten *(Werth-Glävecke, Zweifel u. A.)*, der dringende Rath gegeben worden, von den Ovarien zu erhalten, was nur irgend zu erhalten angeht und auch den Uterus nur bei eigener schwererer Erkrankung mitzuentfernen. (Die gleichen conservativen Bestrebungen von *Schröder, A. Martin, Pozzi* u. A. waren mehr auf Erhaltung auch der Conceptionsfähigkeit gerichtet.)

Die Hoffnung, jene Ausfallerscheinungen durch das weiterausgebildete *Brown-Séquard'sche* Verfahren innerer Darreichung von thierischen Ovarien oder der am Menschen noch nicht versuchten Implantation von solchen zu beseitigen, ist noch weit entfernt von Erfüllung. Jedenfalls liegen z. Z. noch zu wenige und zu kurze Beobachtungen vor, um überhaupt ein Urtheil fällen zu können.

Gelänge es auf diesem Wege, die Ausfallerscheinungen zu paralysiren, so würde dies eine bedeutende Förderung der radicalen Operationen bedeuten.

Jedenfalls ist es aber besser, von den Ovarien und dem Uterus zu erhalten, was zu erhalten geht, anstatt später Ovarial- und Uterussubstanz — auch diese ist bereits im Handel erschienen — zu füttern. *Parce Ovario et Utero si possis!*

Trotzdem haben natürlich auch die *radicalen Operationen* ihre volle Berechtigung, *nur dass sie auf solche Fälle beschränkt werden sollen, wo die radicale Entfernung der gesammten inneren Genitalien, Uterus sammt Adnexen, durch die Schwere ihrer Erkrankung begründet ist.*

Den Uterus von der Scheide her weg zu nehmen nur als Mittel zum Zwecke von hier aus an die Adnexa heranzukommen, ist ebenso verwerflich, als dies von der Bauchhöhle her in umgekehrter Reihenfolge zu thun lediglich, um keine Ligaturstümpfe zurück zu lassen und ausgiebig nach der Scheide drainiren zu können.

Die primäre Fortnahme des Uterus ist voll gerechtfertigt nur *durch eigene schwere Miterkrankung*. Zum Mindesten ist die Erhaltung des Uterus *anzustreben*, ebenso wie es die Erhaltung von Eierstocksresten ist.

Der « nutzlose Uterus, » der Uterus eine « quantité négligeable, » sind bedenkliche Schlagworte. Wenn der Uterus selbst gar nicht oder nur wenig erkrankt ist und er wird um der kranken Adnexe willen dennoch fortgenommen, so überschreitet die betreffende Ope-

ration ihre wahren Grenzen und ihre Technik weist Mängel auf, die man auf andere Weise zu beseitigen trachten sollte.

So ist, um Beispiele zu brauchen, die, sei es vaginale, sei es abdominale, Radicaloperation *nicht gerechtfertigt* bei Salpingitis purulenta unilateralis s. duplex mit noch offenem Ostium abdominale tubæ, bei den leichteren Fällen somit bei der Mehrzahl der Fälle von Sactosalpinx purulenta, von Pyovarium; bei chronischen eiterfreien Adnexerkrankungen, sowie bei einfachen chronischen Erkrankungen des Uterus (Endometritis hyperplastica, Endometritis gonorrhoica und post-gonorrhoica chron., Perimetritis adhäsiva chron.), was den Uterus angeht.

Die conservative Nach- und Weiterbehandlung des dergestalt kranken zurückgelassenen Uterus ist keineswegs so schwierig und so aussichtslos, als es vielfach hingestellt wird.

Auch mit der *nachträglichen* vaginalen Exstirpation des Uterus nach abdominaler Salpingo-Oophorektomie ist man vielfach zu freigebig gewesen.

Besser ein leicht kranker und noch menstruirender, als gar kein Uterus.

Müssen wir doch alltäglich ganz die gleichen Erkrankungen des Uterus bei Personen behandeln, und behandeln sie auch mit Erfolg, welche noch im Besitze ihrer Adnexe sind!

Es heisst der Behandlung der chronischen oder residualen Erkrankungen des Uterus ein unverdientes Armuthszeugnis ausstellen, wenn es keine andere Hülfe gäbe als den Uterus ganz fortzunehmen, statt ihn geduldig einer Lokalbehandlung zu unterziehen.

Finden sich schwere diffuse eitrige Erkrankungen der Adnexa, des Beckenbauchfells, des Beckenbindegewebes, combinirt mit schweren Erkrankungen des Uterus, sei es solchen, welche auch an sich die Entfernung des Uterus rechtfertigen (Myome, Carcinome, Sarcome; gutartige Erkrankung des Endometriums mit sonst nicht stillbaren schweren Blutungen), sei es solchen, wobei Uterus und Adnexa etc. zu einer kaum differenzirbaren Masse verbacken sind oder wobei die eitrigen Processe auf den Uterus übergegriffen haben, wie auch bei Tuberkulose, so ist natürlich eine Radicaloperation völlig am Platz.

Diese Fälle bilden aber gegenüber der grossen Zahl von Fällen und Formen eitriger Adnexerkrankungen nur eine Minderheit. Namentlich ist, was *L. Landau* als « *complicirter Beckenabscess* » be-

zeichnet, d. i. gleichzeitige Pyosalpinx und Pyovarium mit freien Eiterheerden in der Beckenbauchhöhle und im Beckenbindegewebe sehr selten.

Meist handelt es sich auch in den schwersten Fällen von Pyo-Sactosalpinx und Pyovarium nur um deren Einhüllung in Exsudat- oder bindegewebigen Adhäsionsmassen. Eiterung *im* Ligam. latum wird meist nur vorgetäuscht durch mehrfache Eiterheerde im Ovarium und *pseudo-intraligamentären Sitz* desselben *(Pawlik)*.

Dicke schwartige Exsudatmassen sowohl wie Oedem und bindegewebige Verdickung der Ligamenta lata findet man häufig dabei, aber keineswegs Eiterheerde. Es kann sogar als charakteristisch gelten, dass die hiebei angetroffenen kleinen, ein- oder mehrfachen intraligamentären Cysten nur seröse Flüssigkeit, doch keinen Eiter bergen.

So finden sich unter der langen Reihe von Fällen vaginaler Radicaloperation *L. Landau's*, deren glänzende Resultate allseitige Anerkennung finden, viele, wobei es sich um weit einfachere Befunde als um « complicirte Beckenabscesse » seiner Definition handelte.

Schliesslich ist auch das *Alter* der zu Operirenden zu berücksichtigen : je näher der natürlichen Climax, um so mehr ist man zu einer Radicaloperation berechtigt.

Der Hauptzankapfel in der Behandlung der Beckeneiterungen, speziell der eiterigen Adnexerkrankungen, ist noch immer der Widerstreit zwischen vaginaler Radikaloperation einerseits, abdominaler Salpingo-Oophorectomie und neuerdings abdominaler Totalextirpation andererseits.

Es besteht ein doppelter Gegensatz :

a) in der Frage der vaginalen Radikaloperation selbst und ihres Bereiches, sowie

b) in der Frage der Anwendung von Klemmen statt Ligaturen.

Bei Vergleich der heutigen Lage in Deutschland mit der von 1892, ergiebt sich eine etwas stärkere Hinneigung zu den Radikaloperationen, aber bei unverminderter Vorliebe für das Ligaturverfahren.

Die grosse Mehrzahl der Operateure ist der abdominalen Salpingo-Oophorectomie und für die fakultativ geübte vaginale Hysterectomie und Hystero-Salpingo-Oophorectomie, den Ligaturen treu geblieben,

doch in vollster Anerkennung des grossen Verdienstes, das sich der geniale *Péan* durch Inaugurierung der vaginalen Radikaloperation bei Beckeneiterungen mit Hülfe des ihm eigenen Klemmverfahrens erworben hat.

Auch in Deutschland haben die Leistungen der Schüler und Adepten *Péan's, Segond, Richelot, Jacobs* etc., vollste Würdigung gefunden und hat man auch mit den wesentlichsten Modifikationen des ursprünglichen *Péan*'schen Verfahrens : der vorderen Medianspaltung des sonst nicht morcellierten Uterus sammt prinzipieller Aufgabe der präventiven Blutstillung — nach *Doyen;* der medianen Totalspaltung des Uterus — nach *P. Müller-Quénu* wohl Nutzen gezogen.

Trotzdem aber bei uns in *L. Landau* und seiner Schule in zielbewusster Weise und mit glänzenden Erfolgen ein unermüdlicher Vertreter des *Péan*'schen Verfahrens und seiner Modifikationen, besonders desjenigen von *Doyen*, erstanden ist[1], so üben doch die deutschen Operateure die vaginale Hysterectomie und vaginale Radikaloperation auch jetzt noch nur fakultativ und nur ausnahmsweise mit Klemmen, greifen sie auch die schwersten Fälle von Beckeneiterungen noch immer überwiegend durch den Bauchschnitt an.

Zu diesem Ausspruch berechtigten mich auch die Listen von über 60 Fragebogen, welche ich herumgeschickt hatte, um zu erfahren, in welchem Umfang seitens der deutschen Gynäkologen auf diesem Gebiete, sei es der abdominale, sei es der vaginale Weg, eingeschlagen wird.

Gar nicht ausgeführt wurde die vaginale Hysterectomie etc. von folgenden 25 Operateuren : *Dohrn, Eckhardt, Ehrendorfer, Fehling,*

[1] Weder *P. Müller* noch *Quénu* haben auf eine präventive Blutstillung ganz verzichtet. Den Vorwurf *L. Landau*'s, ich hätte seinen Namen nicht gleichberechtigt neben den *Doyen*'s gesezt (s. Centralbl. f. Gyn. 1896, Nr. 9), weise ich zurück. Er hat darauf keinen berechtigten Anspruch. Es lässt sich aus *L.* und *Th. Landau*'s Schriften leicht nachweisen, dass er noch 1894, also 2 Jahre nach dem Brüsseler Congress, bei den ersten 30 Fällen von Hystero-Salpingo-Oophorectomie wegen vereiterter Adnexa 28 Mal die ursprüngliche *Péan*'sche Methode zur Anwendung brachte und nur in je 1 Falle die von *P. Müller-Quénu* und die von *Doyen*. Erst in den späteren Arbeiten wird die letztere Methode und prinzipielle Unterlassung der präventiven Blutstillung in den Vordergrund gestellt. Dass *L. Landau* auch früher gelegentlich bei leichten Fällen den nicht vorher abgebundenen oder abgeklemmten Uterus herauswälzte, ist nichts besonderes. Das haben viele andere Operateure ebenfalls gethan.

E. Fraenkel, Frommel, Gottschalk, Graefe, Gusserow, Kehrer, Keller, Klein, Kümmell, Osterloh, Präger, Runge, Schramm (verwendet sonst Klemmen für die Hysterectomie), *Schuchardt, Simon, Staude, Stumpf, Walcher, Wiedow, v. Winckel, Zweifel.*

Alle übrigen übten die vaginale Hysterectomie etc. nur facultativ und fast ausschliesslich mit Ligaturen, was gleichbedeutend damit ist, dass sie gerade die schwersten Fälle, wo man ohne Klemmen nicht auskommt, nicht auf vaginalem Wege angegriffen haben. So wird denn auch von Einzelnen betont, dass sie nur vaginal operierten, wenn keine oder nur geringe Verwachsungen zu erwarten waren. Andere berichteten nur über einen oder nur ein paar Fälle. Ich muss auch annehmen, dass so und so Viele, welche Einträge machten, nicht bei eitrigen, sondern bei chronischen, nicht eitrigen Adnexerkrankungen operirten. Einzelne schritten nothgedrungen zur Hysterectomie, nachdem sie mit einer Colpo-Cœlio-Salpingo-Oophorectomie begonnen hatten.

Nur mit Ligaturen operierten : *Asch* (wenige Fälle), *Bode, Czerny, Everke, v. Erlach, Guenther, Kötschau, Leopold* (in Deutschland als Erster), *Löhlein, A. Martin, Meinert, Mermann* (1. Fall), *Michelsen, Schauta* (nur probeweise Klemmen), *Thorn, Werth.*

Klemmen und Ligaturen abwechselnd verwendeten : *Baumm, Bumm, Hofmeier, Küstner, Prochownick, v. Rosthorn, Wehmer.*

Fast alle bevorzugen dabei die Ligaturen. Nur *Prochownick* verwendete « bei eitrigen Erkrankungen vorwiegend Klemmen. »

Mit Klemmen allein operierten : *Czempin* (seit 3/4 Jahren, nur Fälle « wobei keine starken Darmverwachsungen zu erwarten sind), *Pfannenstiel* (2 Fälle), *Döderlein* (4 Fälle, vorher 58 abdominale Salpingo-Oophorectomien).

Nur 5 Operateure haben sich neuerdings der vaginalen Radikal-operation zugewandt : *Bode, Bumm, Döderlein, Schauta, Werth* und unter diesen ist *Döderlein* der Einzeige, welcher in seinen 4 Fällen nur Klemmen verwendete.

Bumm und *Schauta* hatten besonders im Auge den gonorrhoischen Uterus mitzuentfernen.

Ich selbst habe seit November 1893 44 Mal die vaginale Hysterectomie und Hystero-Salpingo-Oophorectomie mittels *Péan's* Klemmverfahren, doch überwiegend nach *Doyen* ausgeführt aus den verschiedensten Indicationen, hierunter aber nur wenige Fälle von Beckeneiterungen und chronischen Adnexerkrankungen, aber ich bin neuerdings doch wieder zur fakultativen Anwendung von Liga-

turen zurückgekehrt, wie bezeichnender Weise auch *Jacobs,* und habe in gleichem Zeitraum in 36 klinischen Fällen von Beckeneiterungen abdominal operiert und alle Fälle zur Heilung gebracht.

Die Haupteinwände gegen die vaginale Hysterectomie und Hystero-Salpingo-Oophorectomie bei Beckeneiterungen sind die gleichen wie früher : Beginn der Operation mit dem Uterus statt den kranken Adnexen, Unmöglichkeit einer Abstufung der operativen Eingriffe im konservativen Sinne, Unübersichtlichkeit des Operationsgebietes, Unbemerktbleiben anderer Eiterheerde (Appendicitis !), Unmöglichkeit in allen Fällen wirklich radikal vorzugehen, grössere Gefahr von Nebenverletzungen, namentlich des Darmes, Gefahr der Blutung bei Versagen der Klemmen etc.

Die Haupteinwände gegen die Klemmen sind : Die beschwerdevolle Lage der Kranken nach der Operation, Nachblutung, Schädigung der Därme, Infektionsgefahr durch die necrosierenden Stümpfe, vor Allem der nothgedrungene Nichtverschluss der Bauchhöhle.

Allerdings ist dies ein Einwand, der gerade bei Beckeneiterungen weniger in Betracht kommt, da hier die Beckenbauchhöhle gegen die übrige Bauchhöhle abgekapselt sein und eben das Offenbleiben mit zum Programm gehören kann.

Bei leichteren eitrigen Erkrankungen der Adnexa, wo kein freier Eiter angetroffen wurde und die Eitersäcke nicht platzten, kann natürlich die Bauchhöhle geschlossen werden. Darauf wird, seit *Kaltenbach* und *Olshausen* den Nahtverschluss einführten, bei uns das grösste Gewicht gelegt (s. *Olshausen*'s Vortrag auf dem Deutschen Chirurgenkongress 1896), und das ist der Hauptgrund, weshalb die deutschen Gynäkologen die Ligaturen bevorzugen.

Wird aber die vaginale Radikaloperation bei schwersten, doppelseitigen Adnexvereiterungen und « komplizierten Beckenabscessen » als Operation der Wahl ausgeführt, so ist allerdings die Verwendung von Klemmen entschieden leichter und bequemer, ist das Offenbleiben der Beckenbauchhöhle eine Nothwendigkeit.

Während auf der einen Seite die vaginale Hysterectomie bei Beckeneiterungen zur vaginalen Radikaloperation fortschritt, hat auch die Technik der *abdominalen Operationen erhebliche weitere Ausbildung mit Verringerung ihrer Gefahren* durchgemacht :

1. dank reiner und strenger *Asepsis,* welche die Gefahr der septischen Infektion auf ein Minimum herabsetzt,

2. der *Aethernarkose,* deren Wiederbelebung wir besonders dem Genfer Chirurgen *Julliard* zu verdanken haben, und welche eine geradezu beliebig lange Dauer der Narkose gestattet,

3. der *Trendelenburg'schen Hochlagerung,* welche die Därme, ohne Eventration, aus dem Operationsgebiet wegzuschaffen erlaubt und die Organe des kleinen Beckens für Auge und Hand in bequemster Weise zugänglich macht,

4. durch die *Gaze-Drainage,* sei es als vaginale durch Douglas und hinteres Scheidengewölbe, sei es als abdominale nach *Miculicz,* wodurch die Kleinbeckenhöhle von der übrigen Bauchhöhle abgeschlossen werden kann,

5. durch *Verbesserung der Bauchnaht,* wodurch die spätere Ausbildung von Bauchbrüchen wesentlich eingeschränkt wird.

So lassen sich denn auch die allerschwersten Fälle von Beckeneiterungen durch Bauchschnitt nicht nur operativ angreifen, sondern die Operation ist sogar leichter durchführbar als auf vaginalem Wege.

Allseitig muss zugegeben werden, dass nur die Freilegung der Beckenorgane durch *Bauchschnitt* eine volle *Uebersicht über das gesammte Krankheitsgebiet* gewährt, so dass Krankheitsheerde entdeckt werden, die bei vaginalem Vorgehen absolut nicht bemerkt würden. Wenn man sich bei solchen Bauchschnittoperationen, gegen welche auch vaginale Operationen concurriren, sich in jedem einzelnen Falle die Frage vorlegt, wie sich das vaginale Vorgehen gegenüber dem abdominalen gestaltet hätte, so kommt man zur Ueberzeugung, dass in vielen Fällen das erstere schlechterdings nicht alles Kranke feststellen und erreichen konnte. So und so oft würde die vaginale Radikaloperation nur scheinbar eine radikale sein. Insofern ist die *abdominale Radikaloperation* der vaginalen unbedingt überlegen, als sie wirklich alle Krankheitsheerde überblicken und eliminiren, also noch radikaler vorgehen kann. Sie ist es auch weiter, sofern Nebenverletzungen, besonders von Därmen, weniger leicht vorkommen, und wenn, unmittelbar wieder ausgeglichen werden können, während bei vaginalem Vorgehen hiezu der sofortige oder spätere Anschluss einer Cœliotomie nöthig ist.

Vor allem gestattet das abdominale Vorgehen *Abstufungen des Operationsverfahrens,* wie sie bei vaginalem Vorgehen nur in der Combination der vaginalen Cœliotomie mit der vaginalen Hystero-Salpingo-Oophorectomie annähernd eine Parallele haben.

Wir können nach Vornahme der Cœliotomie eine genaue *Be-*

sichtigung und *Untersuchung des situs pelvis* vornehmen, welche uns u. U. veranlasst sogar die Bauchhöhle wieder zu schliessen und vaginal zu operiren (S. S. 79). Wir können, je nachdem, die Adnexa *einer* oder beider Seiten wegnehmen, wir können ein ganzes Ovarium oder Theile eines solchen erhalten; wir können die Cornua uteri sammt der pars uterina tubæ reseciren; wir können den Uterus zur Deckung von peritonealen Defekten benützen, ihn supravaginal abtragen und schliesslich vollständig exstirpiren. Immer werden wir, im Gegensatz zur vaginalen Hysterectomie mit den erkrankten Adnexen begingen und, stets die konservativen Bestrebungen im Auge, mit ihnen je nach Befund verfahren.

Alle diese Vortheile haben die deutschen Gynäkologen in ihrer überwiegenden Mehrheit dahin gebracht, für die eitrigen Adnexerkrankungen etc. der Cœliotomie treu zu bleiben. Und darum macht sich neuerdings eine Bewegung geltend, welche das radikalste aller Operationsverfahren, eben die *abdominale Radikaloperation*, hier *ganz* an die Stelle der vaginalen Radikaloperation gesetzt wissen will, obwohl durch Erfahrungen auf anderen Gebieten, Hysterectomie bei *Carcinom*, unleugbar feststeht, dass der vaginale Weg dann doch der weniger gefährliche sei, während allerdings die abdominale Hysterectomie bei *Myomen* wesentliche bessere Ergebnisse hatte.

Auch in den Vereinigten Staaten ist man, ebenso wie in Deutschland, bei einer Bevorzugung der Cœliotomie in der Behandlung der « Beckeneiterungen » geblieben. Dort wurde auch zuerst, in konsequenter Beibehaltung des abdominalen Operationsweges, die vollständige Entfernung des Uterus als Ergänzung der Salpingo-Oöphorectomie von zahlreichen Operateuren geübt (s. *Clinton Custing*, Monatsschr. f. Geburth. u. Gyn., Bd. I, Heft 6). Bei uns gieng der gleiche Anstoss von Wien aus. *Chrobak* und *Schauta* unterzogen sich der schwierigen Aufgabe den Dauererfolgen bei Personen, welche Adnexoperationen — wohlverstanden nicht nur solchen eitrigen Charakters — unterzogen worden waren, nachzuspüren, mit dem bekannten Ergebnis, dass eine nicht unerhebliche Zahl ihre Beschwerden nicht verloren hatte und theilweise sogar schlimmer daran war, als vor der Operation. Diese Nachforschungen und Ergebnisse zeugen von grosser Peinlichkeit, da sie auch rein subjektive Angaben der Operirten über ihr Befinden registrirten. Hysterische, die, nach was auch für einer Operation, in die « ausgefahrenen Geleise » ihrer krankhaften Vorstellungen zurückgefallen wären, Personen mit schweren Ausfallerscheinungen, für welche

also die vorgenommene Operation schon zu weitgehend war, befanden sich darunter, aber sicher auch solche, die wirklich ungeheilt waren, sofern der zurückgelassene Uterus und dessen Umgebung, die Ligaturstümpfe, die Ligamentreste, noch krank waren. Um solchen Ausgängen zuvorzukommen, welche zu wiederholter, nachträglicher, vaginaler Extirpation des Uterus geführt hatten, gieng *Schauta* zur Mitentfernung des Uterus, zur abdominalen Radikaloperation über und berichtete auf dem Wiener Gynäkologen-Congress über 30 derartige Fälle mit 2 Verlusten. Wie aus der mir durch *Wertheim* gewordenen Beantwortung meines Fragebogens hervorgeht, übt aber *Schauta* nun seit cirka $^3/_4$ Jahren nicht mehr die abdominale, sondern die vaginale Radikaloperation und fast ausschliesslich mit Ligaturen.

Aus meinem Fragebogen ergiebt sich, dass zahlreiche deutsche Gynäkologen fakultativ, doch nur in einzelnen Fällen und auf besondere Indikation, meist Myoma Uteri, theils die Cœlio-Hysterectomia supravaginalis, theils die C.-H. totalis bei eitrigen Adnexoperationen vornahmen. Auch ich gehöre zu diesen.

Speziell ist die abdominale Radikaloperation gemacht worden von *Czempin* (5 Fälle, 3 †), *Döderlein* (2 Fälle), *Everke* (zahlreiche Fälle), *v. Rosthorn*.

Mit besonderer Energie ist die abdominale Radikaloperation bei eitrigen Adnexerkrankungen von *Bardenheuer* aufgenommen worden, welcher bekanntlich auch die abdominale Totalextirpation des myomatösen Uterus eingeführt hatte. Ja einer kürzlich erschienenen ausführlichen Arbeit von seinem Assistenten *Bliesener* (Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn., Bd. III, 5 und 6, Bd. IV, 1), worin die concurrirenden Operationsverfahren in erschöpfender Weise kritisch beleuchtet werden, um dem *Bardenheuer'*schen Verfahren die Palme zu reichen, wird über 40 derartige Operationen berichtet, mit 2 Todesfällen.

Laut Bescheid auf meine Fragebogen ist deren Zahl inzwischen auf 56 gestiegen mit 3 Todesfällen, ein im Hinblick auf die Schwere der Fälle und die Schwere des Eingriffs gewiss kein ungünstiges Ergebnis. Gegen die vaginale Radikaloperation und die combinirte vagino-abdominale Radikaloperation *(L. Landau)* werden als *Bedenken* geltend gemacht : die Ungewissheit der Zurücklassung erkrankter Theile (nachträgliche Abscesse, Fisteln), Unsicherheit der Blutstillung, unbemerkte Darmverletzungen, unerkannte Complication mit Appendicitis, Zurücklassung von Wundflächen, die zu

Verwachsungen und Ileus führen können. Als *Nachtheile* der abdominalen Radikaloperation werden zugestanden : grössere Schwere des Eingriffs, grössere Gefahr einer Infektion der Bauchhöhle, Möglichkeit eines Bauchbruches ; als *Vortheile* werden hervorgehoben : Vollendbarkeit der Operation auch in den schwierigsten Fällen, sichere Blutstillung, Vermeidung von Nebenverletzungen, Drainage nach Unten, nach peritonealem Abschluss des Kleinbeckens von der übrigen Bauchhöhle.

In Bezug auf die Technik wäre hervorzuheben, dass die Adnexa von vorn her, nach Spaltung des vorderen Blattes der Ligam-lata angegriffen werden, wie es auch *Howard A. Kelly* übt (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. 1896. Febr.-March). Eine besondere, an frühere Bestrebungen anknüpfende Eigenthümlichkeit des *Bardenheuer*'schen Verfahrens ist seine *Abschlussbildung* durch Heranziehung und Vernähung verwendbarer Reste der Ligam. lata, des S-romanum, Colon desc. sammt Appendices epiploicæ, des Periton. par. der seitlichen Bauchwand zu einer Art peritonealem Septum, welches die Eingeweide von der mit Gaze lose ausgestopften wunden Beckenhöhle abhalten und Verwachsungen verhindern soll.

Um mit letzterem Punkte zu beginnen, so möchte ich gerade in dieser äusserst komplicirten, zeitraubenden Septumbildung die schwächste Seite der *Bardenheuer*'schen Operation erblicken. Es wird im Vornherein auf einen Schluss der Peritonealöffnung nach der Scheide zu verzichtet und eine Vermeidung von Verwachsungen doch nicht erreicht; das künstliche Septum muss sich doch später der drainirten Wundhöhle anlegen und die dem künstlich zusammengeflickten Septum auflagernden Eingeweide werden auch schleunigst mit diesen verwachsen. Diese Septumbildung hat also vor der einfachen Drainage nach der Scheide oder, wenn die Peritonealöffnung über dieser verschlossen würde, vor der Tampon-Drainage durch die Bauchwunde nach *Miculicz* nichts voraus. Im Gegentheil: es musste später ein mal gerade wegen Verwachsungen und in einem zweiten Fall wegen Abknickung der Flexura coli nochmals cœliotomirt werden.

Ueberhaupt spiegelt sich die Schwere des Eingriffs und die Schwere gerade der *Bardenheuer*'schen Technik, welche in dem Bestreben, viel zu verhüten zu viel thut, in den Verläufen der mitgetheilten 40 Fälle wieder.

Eine ganze Reihe schwerer Complicationen ! Ein Krankenhausaufenthalt von durchschnittlich 10½ Wochen ! 3 Mal später wieder-

holte Cœliotomie, 1 Mal nachgeschickte Nephrektomie wegen Ureterenverletzung etc. von kleineren Nebenereignissen abgesehen!

So wird die *Bardenheuer*'schen abdominale Radikaloperation kaum allgemeine Nachahmung finden. Mag in Bezug auf Radicalismus die *vaginale Radicaloperation* hinter ihr zurückstehen, mögen ihr auch die oben angeführten Mängel anhaften, so ist sie doch ein weitaus leichterer, ungefährlicherer, lebenssicherer Eingriff *und als Operation der Wahl ihr vorzuziehen.*

Aber auch in einer weniger eingreifenden Ausführung wird die abdominale Radicaloperation nur ein *Ausnahmeverfahren* bleiben für solche Fälle, wo sie um des schwer miterkrankten Uterus willen vorzunehmen ist, wie in einem Falle von Pyo-Sactosalpinx und Uterusmyomen, wo ich sie mit Glück ausführte (Fall 10 der Liste). Dann ist aber der volle Schluss der Bauchhöhle sowohl nach der Scheide, wie nach der Bauchwand anzustreben. Sollte dies aber nicht rathsam sein, so genügt die einfache Gazedrainage nach der Scheide oder die Tampondrainage durch die Bauchwunde nach *Miculicz* vollkommen, um einen Abschluss nach der oberen Bauchhöhle herzustellen und die Beckenwundhöhle von ihr abzuschliessen.

Nun giebt es aber noch eine andere, mildere abdominale Radicaloperation, welche mit der *Salpingo-Oophorectomia completa* combinirt werden kann: die gleichzeitige *quere Amputation des Corpus Uteri.*

Ich denke, dass uns auch Herr *Kelly* Rühmendes über diese Operation sagen wird, denn er hat sie, laut Angabe (l. c.), über 200 Mal ausgeführt, allerdings nur zum Theil bei eitrigen Adnexerkrankungen. Auch ich habe sie ausgeführt. Ferner sind mir von *Bode* und *Pfannenstiel* Fälle gemeldet worden.

Für gewiss die meisten Fälle, wo man sich bei abdominaler Salpingo-Oophorectomie veranlasst sähe auch den Uterus zu beseitigen, würde diese Operation vollkommen ausreichen.

In ihrer Ausführung mittels fortlaufender Parthienligaturen nach *Zweifel*, die auch mir bei Myomen vorzügliche Resultate geliefert hat, ist sie kaum als Complication zu erachten, da sie auch die Stumpfverhältnisse der Ligamente vereinfacht. Wo konservative Erwägungen nicht entgegenstehen, würde diese *Cœlio-Salpingo-Oophoro-Hysterectomia supravaginalis allen Anforderungen an eine*

abdominale und doch wenig eingreifende Radicaloperation am besten entsprechen.

Sie lässt sich auch unter Zurücklassung von Ovarialgewebe durchführen *(Zweifel)*.

Es erübrigt nun noch die für die *abdominalen Operationen* so wichtige Frage der *Drainage* kurz zu erörtern.

Wo immer der Chirurg eine Eiterhöhle, einen Abscess eröffnet, ohne den Organtheil, in welchem der Eiter sass, mit wegzunehmen, sorgt er dafür, dass die Eiterhöhle so lange gesicherten Abfluss hat, bis sie zum Verschluss gekommen ist, er *drainirt*.

Dies gilt auch für die Beckenabscesse, soweit sie durch Incision eröffnet wurden, als geradezu selbstverständlich. Anders, wenn die vereiterten Organtheile mitsammt dem Eiter entfernt wurden.

Geschah dies von der Scheide oder bei Mitentfernung des Uterus von der Bauchhöhle her, so ist durch Offenlassen der Bauchhöhle eine «natürliche Drainage» gegeben. Wurden aber auf abdominalem Wege nur die Adnexa oder andere vereiterte Organtheile entfernt, so liegt an sich kein Grund zu einer Drainage vor, da ja alles Eitrige entfernt worden ist.

Von diesem Gesichtspunkt ausgehend, halten Einzelne eine Drainage für unnöthig. Man soll das Auslaufen von Eiter in die Bauchhöhle zu verhindern suchen, den doch ausgelaufenen Eiter von dieser abhalten und sorgfältig wegtupfen; eine gründliche und peinliche Blutstillung üben, sorgfältig nach Nebenverletzungen, besonders von Darmtheilen, fahnden und sie schliessen.

Diese Massregeln, welche ja von allen Operateuren befolgt werden, würden in der That eine Drainage entbehrlich machen, wenn sie nur immer *mit Sicherheit* sämmtlich durchzuführen wären und Gewähr böten, dass nicht doch im weiteren Verlauf schwere, auch tödtliche Complicationen auftreten, welche das in die Asepsis, die Exaktheit der Operation, die Verlässlichkeit einer Darmnaht, die Resorptionsfähigkeit des Peritoneum etc. gesetzte Vertrauen nicht rechtfertigten. Allen nicht drainirenden Operateuren *müssen* solche Fälle vorgekommen sein und sehr selten mag es so günstig dabei ablaufen, wie in einem mir von *Bumm* mitgetheilten Fall, wo der Leib behufs *secundärer* Drainage wieder geöffnet wurde und Heilung eintrat, trotzdem eine Streptokokkenperitonitis vorlag.

So sehen wir denn auch, dass die Zahl der Operateure, welche unter mehr minder weiten Bedingungen der Drainage anhängen, die der Gegner beträchtlich überwiegt.

Ich selbst bin immer Anhänger der Drainage gerade bei Beckeneiterungen gewesen und bin es geblieben. Ich halte sie für *rathsam* unter folgenden Verhältnissen :

1. *Wenn Eiter auf die operirende Hand, sowie in vorher eiterfreie Räume der Bauchhöhle gelangte und klinisch wie bacteriologisch anzunehmen ist, dass dieser Eiter virulent und für die freie Bauchhöhle gefährlich sein könne.*

Hiezu ist erläuternd zu bemerken :

Von allen in Beckeneiterungen vorkommenden Mikroben ist nur der Gonococcus, auch wenn er in grossen Mengen konstatirt wird, hievon auszunehmen.

Ergiebt die während der Operation nach *Schauta* vorgenommene mikroskopische Untersuchung andere Mikroben, so wird drainirt, da die mikroskopische Untersuchung nicht hinreicht, Art und Virulenz der vorhandenen Mikroben sicher zu bestimmen. Ergibt die Schnelluntersuchung mit dem Mikroskop keine Mikroben, so wird der Eiter als « klinisch steril » angesehen und nicht drainirt.

2. *Wenn eine Blutung* (stamme sie nun aus entzündeten Geweben, flächenhaften Adhäsionen und in Vascularisation begriffenen Exsudaten oder aus angerissenen subperitonealen Gewebsräumen etc.) *durch die gebräuchlichen Mittel nicht sicher zum stehen gebracht, die Kleinbeckenhöhle nicht ganz trocken gelegt werden kann, namentlich wenn zugleich virulenter Eiter, wie unter 1 dargelegt wurde, ausgelaufen war.*

Hiezu ist zu bemerken, dass es Fälle giebt, wo alle hämostyptischen Massregeln versagen, so namentlich bei gewissen Formen tubarer und tubo-abdominaler Schwangerschaft, bei Tuberkulose der Adnexa und tuberkulösen Exsudaten der Kleinbeckenhöhle. Die Tampon-Drainage kann hier geradezu lebensrettend wirken, zumal wenn es sich, wie meist, um herabgekommene Kranke handelt.

3. *Bei schon vor der Operation vorhandener Fistelbildung nach und bei während der Operation entstandenen oder befürchteten bez. drohenden Durchlochungen von Nachbarorganen* (besonders Colon descendens S. romanum, Rectum), *auch dann, wenn die Fisteln bez. Einrisse durch die Naht geschlossen wurden.*

Hiezu ist zu bemerken, dass gerade bei den schwersten Fällen von Beckeneiterungen ausgehend von den Adnexen, wo diese aus derben, starren Exsudatmassen ausgegraben werden müssen, wo die Höhlung, in der die Eitersäcke gelegen haben, sich immer wieder

mit Blut überzieht, feine Einrisse des Dickdarms oder Mastdarms gar nicht zu sehen sind, vielleicht auch nicht ein Mal durch die *Senn*'sche Methode von Wasserstoffaufblähung des Dickdarmes erkennbar gemacht würden.

Unter meinen letzten Drainagefällen sind zwei, wobei dem so war und erst nach etlichen Tagen Koth zur Bauchwunde herauskam.

In einem dritten Fall von einem in das Rectum durchgebrochenen Ovarialabscess konnte die Fistelöffnung erst durch einen in das Rectum eingeführten und aufgeblähten Colpeurynter sichtbar gemacht werden.

Ueber die eigentliche *operative Behandlung dieser Darmverletzungen* habe ich erst kürzlich geschrieben und darf ich hier wohl einfach auf diese Arbeit (« Ueber Zerreissung des Mastdarms bei abdominaler Pyosalpinxoperation und deren Behandlung, » Centralblatt f. Gyn. 1895. Nr. 47) verweisen, ebenso auf die darauffolgende von *Leopold v. Dittel* jr. (« Ein Fall von Zerreissung des Mastdarms bei abdominaler Adnexoperation, » C. f. G. 1896. Nr. 3), welche werthvolle Ergänzungen brachte.

Nur sei gerade hier noch ein Mal darauf hingewiesen, dass Darmverletzungen und Darmfisteln, auch wenn sie durch vaginale Hysterectomie entstanden sind, nur durch Cœliotomie zur Heilung gebracht werden können; die Cœliotomie aber leistet dies gerade mit Hülfe der Drainage bequem und sicher.

Man wird gewiss zugeben, dass die *Indicationen* für die Drainage, so wie sie hier entwickelt wurden, gegen früher eingeschränkte und schärfer präcisirte sind.

Aber auch die *Technik* ist einfacher und einheitlicher geworden gegen früher.

Ich glaube wohl annehmen zu dürfen, dass die *Ausspühlungen* der Bauchhöhle und die *Glasröhren-Drainage* aus Deutschland verschwunden sind.

Meine Methode der combinirten Glasröhren-Gazedrainage, über welche ich auf dem Intern. med. Congress in Berlin 1890 (s. deutsche med. W. 1890), recht günstiges berichten konnte, habe ich inzwischen zu Gunsten der reinen Capillardrainage durch hydrophile Gaze verlassen. Sie war auch nur ein Uebergangsverfahren.

Ich wende jetzt fast nur noch die Tampon-Drainage nach MICULICZ *an und hat sie sich gerade in der Behandlung der Beckeneiterungen vorzüglich bewährt.*

Unter 42 Fällen von Beckeneiterungen aller Art habe ich 13 Mal, also in 1/4 der Fälle, nach *Miculicz* drainirt mit 1 Todesfall. Derselbe betraf eine äusserst elende Kranke mit kindskopfgrossen Sactosalpingen und Pyovariumssäcken, dazwischen freien Eiteransammlungen, welche eine bis zum Nabel reichende diffuse, Meso- und Hypogastrium füllende Masse bildeten.

Die Operation wurde unter grossen Schwierigkeiten durchgeführt, alle Eitersäcke entfernt, die Wundhöhlen ausgespühlt — es war Anfang 1893 — und dann drainirt. Tod auf dem Operationstisch. Die anderen Fälle sind genesen, worunter auch zwei mit schwerer Streptokokkeninfection.

Die *Vortheile* der Drainage nach *Miculicz* nochmals auseinanderzusetzen ist gewiss nicht nöthig. Keine andere Methode gestattet das zu drainirende Gebiet so allseitig zu bedecken, trocken zu legen, abzukapseln etc. Die äussere Hülle, das « Taschentuch » — und das unterscheidet sie vortheilhaft von der einfachen Drainage mit zusammengelegten Gazestreifen — ist gewissermassen selbst eine Drainageröhre, so dass auch nach Herausnahme der inneren Gazestücke ein sicherer ableitender Canal bleibt, was gerade bei Darmverletzungen von grosser Wichtigkeit ist.

Besonders mag noch hervorgehoben werden die Reactionslosigkeit des Verlaufes, wie sie sich durch die sichere Ableitung der Sekrete nach Aussen erklärt, sowie das Fehlen von Störungen seitens des Darmes : *nie habe ich auch nur Andeutung von Darmobstruction, geschweige Ileus beobachtet, trotzdem doch die Darmschlingen ringsum die Gaze alsbald verkleben müssen.*

Von den *Nachtheilen:* Umständlichkeit, längere Dauer der Nachbehandlung, Zurückbleiben einer Lücke in der Bauchwunde, die zur Hernienbildung disponirt, sowie von Fisteln, sind nur die letzten beiden Punkte wesentlich.

Macht man die Bauchöffnung so klein wie möglich, unterzieht man sich der Mühe eines häufigen, nach der ersten Woche täglichen Verbandwechsels, eventuell mit Ausspühlung der Drainhöhle, um keine Sekretstauung aufkommen zu lassen, so bildet sich auch eine feste Narbensäule von Unten nach Oben, ein derber narbiger Verschluss, der durch Bauchbinde mit Pelotte weiter zu stützen ist.

Fisteln werden durch immer wiederholte Ausschabungen am raschesten beseitigt.

So habe ich einzelne Fälle schon nach 4 Wochen mit fester Bauchwunde entlassen und nur in einigen Fällen später kleine,

darmfreie, nicht weiter störende herniöse Vorbuchtungen gesehen.

Die *abdomino-vaginale Drainage* durch Douglas und Scheide wird von Vielen bevorzugt. *Döderlein* hat sie in ¹/₃ seiner Fälle angewendet. In der That ist es ein wesentlicher Vortheil, dabei die Bauchwunde ganz schliessen zu können.

Indessen leistet sie gerade in den entscheidenden ersten 1—2 Tagen keine so sichere Ableitung der Sekrete, die spaltartige Drainöffnung schliesst sich zu rasch, so dass gerade bei Darmverletzungen, wobei Darminhalt gewöhnlich erst eine Reihe von Tagen nach der Operation austritt, gefährliche Kothabscesse drohen und die Bedingungen für eine Heilung der Kothfistel sehr viel ungünstiger liegen. Nicht gering zu achten ist auch der Umstand, dass erst eine künstliche Drainöffnung nach der Scheide anzulegen ist, deren Herstellung bei den gar nicht seltenen breiten Verwachsungen des S. romanum mit dem Uterus und dem Douglasperitoneum das erstere gefährdet.

Dem ersterwähnten Einwurf mangelhafter Ableitung der Sekrete, in welche die umliegenden Eingeweide förmlich eintauchen müssen, kann begegnet werden durch Herstellung eines *peritonealen Septum* oberhalb des Gazeknäuels, durch Heranziehung des Uterus, der Ligamentstümpfe, von Appendices epiploicæ etc. *(Bardenheuer, von Ott, Frank, Zweifel)*. Soll aber ein solches Septum einigermassen lückenlos sein, so ist, wie wir aus den Schilderungen von *Bliesener* ersehen haben, seine Herstellung sehr schwierig, zeitraubend und wegen der Möglichkeit von Darmabknickung bedenklich.

Wenn aber trotz Herstellung eines solchen organischen aus Bauchfell gebildeten Septum dennoch drainirt werden muss, wesshalb nicht gleich eine Drainage anwenden, welche, wie die von *Miculicz*, jene völlig überflüssig macht?!

Die Abkapselung und Abdachung der Kleinbeckenhöhle ist hiebei eine vollkommene und sie lässt sich in ein paar Minuten herstellen!

Auch *Hofmeier* hat günstige Erfahrungen über dieselbe bekannt gegeben (s. *R. Bock,* « Ueber artificielle Abkapselungen in der Bauchhöhle bei der Operation vereiterter Abdominaltumoren. Diss. Würzburg. 1894).

Ferner hat auch *Czempin* (Festschrift für *A. Martin*. 1895) ihr das Wort geredet. Sonst ist recht wenig über Abdominal-Drainage veröffentlicht worden, als ob man sich scheute, sich zu ihr zu bekennen.

Ich aber möchte sie, ebenso wie auch *Pozzi*, der ihr ein treuer Anhänger geblieben ist, nicht missen. *Mit der* Miculicz-*Drainage in Bereitschaft kann man an die schwierigsten abdominalen Operationen ruhig herangehen:* weder Blutung, noch Eiteraustritt, noch Nebenverletzungen, namentlich des Darmes, hat man zu scheuen. Man kann auf das Radicalste vorgehen und bleibt immer Herr der Lage mit geringerer Sorge für den weiteren Verlauf, wie sie derjenige empfinden muss, der es wagt, hiebei die Bauchhöhle dennoch zu schliessen oder nur unvollkommen zu drainiren.

Ergebnisse der verschiedenen Operationen.

Seit meinem letzten Berichte auf dem V. Deutschen Gynäkologen-Congress in Breslau (Mai 1893) habe ich selbst in 36 klinischen Fällen von durchweg schweren Beckeneiterungen die *Cœliotomie* ausgeführt, 1 Mal mit abdominaler Totalexstirpation, 1 Mal mit querer supravaginaler Amputation des Uterus, 11 Mal mit Drainage nach *Miculicz*.

Sämmtliche Fälle sind genesen.

Ich habe dieselben in einer besonderen *Tabelle* beigefügt.

Die mir zugegangenen *Fragebogen* sind gerade in Bezug auf *Statistik* lükenhaft, so dass ich darauf verzichte, Einzelergebnisse anzuführen. Die zur Veröffentlichung gekommenen Statistiken von *Segond, Richelot, Jacobs, L. Landau* u. A. für die vaginale Hysterectomie, von *Chrobak, v. Rosthorn, Schauta, Zweifel, A. Martin, mir* u. A. für die Cœlio-Salpingo-Oophorectomie, von *Clinton-Cushing, Bliesener* für die abdominale Radikaloperation, die vergleichende Statistik von *Max Landau* (Klinik von *Jacobs)* — ergeben im Grunde so geringe Differenzen, dass sich aus den Zahlen allein — wie oft giebt ein einziger Fall den Ausschlag?! — weder nach der einen noch nach der andern Richtung etwas beweisen lässt.

Eine Ueberlegenheit der vaginalen Hysterectomie gegenüber den abdominalen Operationen (mit Ausnahme der abdominalen Radikaloperation) lässt sich auf keinen Fall konstatieren.

Die Zahlen der glücklichsten Operateure sind für beide Operationswege unübertreffliche, zeigen aber dennoch eine Ueberlegenheit zu Gunsten des abdominalen Operationsweges.

Wenn *L. Landau* in Wien (1895) über 109 vaginale Radikal-

operationen mit 1 Operationstodesfall berichten konnte — in seiner neuesten Monographie ist keine weitere Statistik enthalten — so theilte *Zweifel* in der Sitzung der Ges. f. Gebh. zu Leipzig, Dez. 1895 mit, dass er auf 216 abdominale Adnexoperationen nur 2 Todesfälle gehabt habe.

Die Anhänger der verschiedenen Operationswege sollten sich nicht darauf steifen sich einander bekehren und nur auf ihr Verfahren verpflichten zu wollen. Sie haben *alle* ihre Berechtigung und gilt es heute mehr zu entscheiden, für welchen speciellen Fall unter den zur Auswahl stehenden Methoden die jeweils Gewählte auch die beste sei.

Möge Jeder in gegenseitiger Achtung der Konkurrenzverfahren das von ihm bevorzugte weiter kultiviren, so wird, wenn dies allseitig geschieht, der Fortschritt auch ein allseitiger sein.

Die Zeit ist vorüber, dass nur *ein* Verfahren von sich behaupten kann, allein im Besitz der Wahrheit zu sein.

Tabelle über 36 Fälle von Cœliotomie bei Beckenabscessen.

	Name. Alter Zahl der ev. Entbind.	Aufnahme	Entlassung	ANATOMISCHE DIAGNOSE	BEHANDLUNG	BEMERKUNGEN
1	Frl. E. 1 Abort	10./VI 1896	4./VII 1896	Pyosalpinx. Pyovarium lateris sinistri. Pyosalpingitis dextra gonorrhoica.	Salpingo - Oophorektomia sinistra. Salpingotomia dextra.	Zurücklassung des gesunden rechten Ovarium. Verletzung des S. romanum ohne Eröffnung des Darmes bei der Ausschälung. Gonokokken nachgewiesen.
2	Frau D. Nullipara	30./V 1896	4./VII 1896	Pyovarium dextrum mit Perforation in das Rectum. Pyosalpinx dextra. Salpingitis chronica. Peri-Salpingo-Oophoritis chronica sinistra. Totale kleincystische Degeneration des linken Ovariums.	Salpingo - Oophorektomia duplex. Uebernähung der Perforationsöffnung im Rectum. Drainage nach *Miculicz.*	Starke Eitercachexie. Im Eiter Diplokokken vom Charakter des Diplococcus pneumoniæ.
3	Frau K. 29 Jahre 3 Geburten 2 Aborte	1./III 1896	30./III 1896	Pyosalpinx duplex. Peri-Salpingo-Oophoritis duplex. Oophoritis chronica dextra. Netz-blasenabscess.	1) Vaginale Cœliotomie (abrasio mucosæ). Sogleich danach. 2) Cœlio-Salpingo-Oophorektomie. 3) Wiederholte Cœliotomie wegen Ileus, am zehnten Tage.	Strangulationsileus ausgehend von dem Netzstumpf.
4	Frau B. 36 Jahre 1 Geburt 1 Abort	22./II 1896	26./IV 1896	Graviditas tubaria VII mensis. Vereiterung des Fruchtsackes. Diffuse adhäsive Peritonitis und Pelviperitonitis.	Vollständige Ausschälung des Fruchtsackes. *Streptokokken während der Operation nachgewiesen.* Drainage nach *Miculicz.*	Spätere Infection der Bauchwunde. Aufklaffen auf zwei Drittel. Freiliegen von Dünndarmschlingen etc.
5	Frau F. 40 Jahre 4 Geburten	27./I 1896	11./III 1896	Pyosalpinx duplex. Multiple Abscesse des rechten Ovariums. Mehrfache bis pflaumengrosse Follicularcysten des Ovariums.	Salpingo - Oophorektomia duplex. Drainage nach *Miculicz.*	Während der Operation Eiter untersucht. Zahlreiche grosse Diplokokken gefunden; daher Drainage. Später Streptokokken und grosse Diplokokken (Diplococcus pneumoniæ?) nachgewiesen
6	Frau F. 36 Jahre 1 Geburt	28./XII 1895	29./II 1896	Pyosalpinx et Pyovarium dextra. (Bakterium coli) Graviditas tubo-abdominalis Hämatocele mit Verjauchung auf der linken Seite.	Salpingo - Oophorektomia duplex. Drainage nach *Miculicz.*	Zwei Dünndarmschlingen fast durchulcerirt. Unbemerkte Läsion des Colon descendens (Rectum?) Aeussere Kothfistel etc.
7	Frau S. 32 Jahre 2 Geburten	26./XI 1895	5./II 1896	Pyovarium, Pyosalpinx duplex. (Grössere Eitersäcke des Ovarium). Pelvi-Peritonitis exsudativa subacuta. (Vulvitis und Urethritis vorhanden).	Salpingo - Oophorektomia duplex. Drainage nach *Miculicz.*	Vom 6. Tag an Abgang von dünnem Stuhl. Fistel schloss sich nach zirka 8 Tagen. Bauchfistel sehr langsam sich verkleinernd wegen Starrheit der Ränder. Thrombose des rechten Beines. Eiter steril: Gonorrhoe aber sicher.
8	Frl. D. 21 Jahre Nullipara	28./X 1895	20./XI 1895	Pyosalpinx chronica duplex. Pyovarium sinistrum.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Eiter steril. Wohl gonorrhoische Infection sicher.
9	Frl. S. 19 Jahre Nullipara	19./X 1895	10./XI 1895	Pyosalpinx, Pyovarium utriusque lateris. ex origine gonorrhoica.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Gonokokken massenhaft nachgewiesen. Ovarium dextrum in einen dünnwandigen Eitersack verwandelt.

	Name, Alter Zahl der ev. Entbind.	Auf-nahme	Ent-lassung	ANATOMISCHE DIAGNOSE	BEHANDLUNG	BEMERKUNGEN
10	Frau Str. 52 Jahre 2 Geburten	22./IX 1895	17./X 1895	Multiple Myome des Uterus, Hämato-Pyosalpinx duplex, mehrfache Cysten des Ovariums und Ligamentum latum, Pelvi-Peritonitis diffusa.	Kolpo-Cœlio-Hysterektomia. Künstliche Septumbildung im kleinen Becken. Gazedrainage nach der Scheide.	Aeusserst schwierige Operation, Collaps während der Operation. Kochsalzinfusion.
11	Frau Sch. 30 Jahre 1 Geburt	4./VII 1895	30./VII 1895	Pyosalpinx duplex. Peri-Salpingo-Oophoritis chronica duplex. Pelvi-Peritonitis.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Eiter steril. Sehr schwierige Blutstillung.
12	Frl. M. 23 Jahre Nullipara	29./VI 1895	6./IX 1895	Pyosalpinx, Pyovarium duplex gonorrhoicum. (Condylomata acuminata vulvæ).	Salpingo - Oophorektomia duplex. Abtragung der Condylome.	Schwere Reconvalescenz. Exsudat. Bauchwandabscess.
13	Frl. B. 23 Jahre 2 Geburten	17./VI 1895	16./VII 1895	Pyosalpinx, Pyovarium duplex.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Eiter steril (jedenfalls gonorrhoisch).
14	Frau G. 41 Jahre 3 Geburten	3./V 1895	31./V 1895	Multiple Myome des Corpus Uteri. Pyosalpinx, Pyovarium duplex.	Hystero - Myomektomia supravaginalis. (Zweifel).	Mann mit frischer Gonorrhœ behaftet gewesen.
15	Frau G. 29 Jahre Nullipara	23./IV 1895	17./V 1895	Pyosalpinx recens lateris utriusque. Peri - Salpingo-Oophoritis exsudativa.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Gonorrhœ wahrscheinlich.
16	Frl. L. 25 Jahre Nullipara	30./III 1895	22./IV 1895	Pyosalpinx et Pyovarium duplex. (Ex origine gonorrhoica?) Suspicio tuberculosis.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Eiter steril. Auch an Schnittpräparat keine Tuberkulose.
17	Frl. E. 30 Jahre 1 Geburt	28./II 1895	14./IV 1895	Pyovarium sinistrum (Apfelsinengrösse). Salpingitis chronica interstitialis Oophoritis chronica sklerotica. Peri - Salpingo - Oophoritis chronica duplex. Pelvi-Peritonitis.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Eiter steril. Verlauf etwas verlängert durch Bronchitis beider Lungenunterlappen. Kleines Exsudat rechts.
18	Frl. L. 24 Jahre Nullipara	22./I 1895	12./II 1895	Pyosalpinx chronica duplex. Pyovarium dextrum. Pelvi-Peritonitis chronica.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Eiter steril. Heilung ohne Reaction.
19	Frau K. 37 Jahre 3 Geburten 1 Abort	21./I 1895	12./III 1895	Pyosalpinx chronica duplex. Peri - Salpingo - Oophoritis chronica. Pelvi-Peritonitis. Mächtige Adhäsionen.	Salpingo - Oophorektomia duplex. Rechts Riss des S. romanum dicht über dem Rectum. Schwere Blutung aus den Adhäsionen und dem angerissenen Ligamentum Latum und Beckenbindegewebe. Darmnaht sehr schwierig, da der fixirte Darm nicht emporgezogen werden konnte. Drainage nach *Miculicz*.	Vom zehnten Tage an Bauchfistel. Eiter steril. (Fall genauer veröffentlicht im *Centralblatt für Gynäkologie* 1895, No. 47.)
20	Frl. M. 16 Jahre Nullipara	19./X 1894	24./XI 1894	Pyosalpinx et Pyovarium utriusque lateris. Salpingitis interstitialis. Pelvi-Peritonitis exsudativa subacuta.	Salpingo - Oophorektomia duplex. Drainage nach *Miculicz* da etwas Eiter ausgetreten war, sowie wegen diffuser Blutung aus den Adhäsionen.	Drei Culturen gingen an: *Streptokokken.* Schwerer Verlauf post-operationem.

	Name, Alter Zahl der ev. Entbind.	Auf-nahme	Ent-lassung	ANATOMISCHE DIAGNOSE	BEHANDLUNG	BEMERKUNGEN
21	Frau U. 32 Jahre 6 Geburten	12./IX 1894	4./X 1894	Pyosalpinx sinistra. Salpingitis. Peri-Salpingitis chronica. Pyovarium mit Blutcyste. Chronische Entzündung des Ligamentum latum sinistrum.	Salpingo - Oophorektomia sinistra.	Rechte Adnexe vollkommen gesund. *Streptokokken*, auch durch Cultur nachgewiesen. Puerperal — Infection.
22	Frau G. 29 Jahre 2 Geburten	7./VI 1894	8./VII 1894	Tuberculosis tubarum, ovarii sinistri, Peritonei.	Salpingo - Oophorektomia duplex. Drainage nach *Miculicz.*	Aeusserst schwierige Operation.
23	Frau M. 38 Jahre Nullipara	15./V 1894	7./VI 1894	Tuberculosis tubarum, ovarii dextri, Tuberculosis Peritonei universalis. Tuberculöse Pyosalpinx, tuberculöse Abscesse des rechten Ovariums.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Allgemeiner Zustand vortrefflich. Beide Tuben, besonders die rechte, voll dünnen Eiters, während der Operation untersucht worden, steril, Leucocyten im Zerfall. Massenhaft graue und gelbe Tuberkeln.
24	Frl. R. 22 Jahre Nullipara	30./IV 1894	22./V 1894	Pyosalpingitis gonorrhoica duplex. Peri-Salpingo-Oophoritis acuta duplex. Retroflexio uteri.	Salpingo - Oophorektomia duplex. Vesicofixatio uteri.	Persistirender Urachus mit Hochstand der Blase vorhanden. Ventrofixation unausführbar. Leichte Peritonitis post Operationem.
25	Frau E. 3 Geburten	14./IV 1894	6./V 1894	Endosalpingitis purulenta gonorrhoica. Peri-Salpingo-Oophoritis chronica duplex.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Infection: Wohl April 1893. In den wenig verdickten Tuben noch etwas ockergelben Eiter, ohne Gonokokken. 1895. 7. V. Ausgezeichnetes Befinden.
26	Frl. Str. 25 Jahre Nullipara	21./II 1894	20./III 1894	Pyosalpinx duplex. Salpingo-Peri-Oophoritis. Pelvi-Peritonitis subacuta.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Eiter steril (wohl Gonorrhoe). 7. V 1895: Vollkommen wohl.
27	Frau T. 4 Geburten	24./I 1894	16./II 1894	Cystoma Ovarii sinistri suppuratum. Allseitige Verwachsungen der Cyste (20 Pfund).	Ovariotomia.	Eiter steril. Erste Operation sehr schwierig. Narbige Verdichtung der Bauchwand und der Punktionsstelle.
	Wieder-aufnahme	3./XI 1895	22./XII 1895	$1^1/_2$ Jahre später: Implantationsmetastasen des Cystoms in der vorderen Bauchwand mit eiternden Fisteln, Usur von Darmschlingen etc.	I. Spaltung und Excochleation der Fisteln. Drainage. II. Excision der Geschwulst. Darmnaht. Drainage.	Bei der zweiten Operation wurden zwei Dünndarmschlingen von der Geschwulst durchlöchert gefunden.
28	Frau B. 32 Jahre 1 Geburt	2./I 1894	26./I 1894	Graviditas tuboampullaris Mensis III—IV. Ruptura Sacci; — intratubare Blutung, peritubare Hämatocele in beginnender Verjauchung. Endo - Salpingitis purulenta dextra. Meso- und Peri-Salpingitis dextra.	Totalextirpation des Fruchtsackes. Salpingo - Oophorektomia dextra. Drainage nach *Miculicz.*	Die rechte Tube enthielt nur wenig Eiter, in welchem Mikroben nicht nachzuweisen waren. Infection der Hämatocele doch wohl von ihr ausgegangen.
29	Frau H. 31 Jahre 1 Geburt 2 Aborte	8./XII 1893	31./XII 1893	Pyosalpinx dextra; Hämatosalpinx sinistra. Peri-Salpingo - Oophoritis duplex. Serocelen bis zu Kindskopfgrösse. (Pseudocysten).	Salpingo - Oophorektomia duplex (mit partieller Ausschälung der membranösen Wandungen der serösen Höhlen.	Eiter steril.

	Name, Alter Zahl der ev. Entbind.	Aufnahme	Entlassung	ANATOMISCHE DIAGNOSE	BEHANDLUNG	BEMERKUNGEN
30	Frau Sch. 4 Geburten 1 Abort	5./XII 1893	31./XII 1893	Pyosalpinx duplex bilateralis. Peri - Salpingo - Oophoritis. Pelvi-Peritonitis subacuta. Cystoma ovarii sinistri parvum.	Salpingo - Oophorektomia duplex. Drainage nach *Miculicz.*	Die Entzündung erstreckte sich weit nach oben in die Bauchhöhle mit schwartigen Verklebungen vieler Dünndarmschlingen. Uterus und linke Adnexe ganz in Exsudat vergraben. Eiter steril (untersucht während der Operation).
31	Frau B. 27 Jahre Nullipara	18./XI 1893	17./XII 1893	Salpingitis interstitialis duplex höchsten Grades. Abscessus ovarii utriusque chronicus. Cystoma parvum ovarii sinistri. Cystoma parvum ovarii dextri. Peri-Salpingo - Oophoritis und Pelvi-Peritonitis chronica.	Salpingo - Oophorektomia duplex. Drainage nach *Miculicz.*	Eiter steril. Acutes Stadium der Krankheit vor 6 Jahren. Aussergewöhnlich schwieriger Fall. Untersuchung der Abscesswand ergab : *Tuberkulose.*
32	Frl. D. 22 Jahre Nullipara	6./X 1893	5./XI 1893	Pyosalpinx duplex. Salpingitis interstitialis mit multiplen kleinen Abscessen der Tubenwand. Peri-Salpingo-Oophoritis. Pelvi-Peritonitis.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Eiter steril.
33	Frau R. 35 Jahre 1 Geburt	17./IX 1893	28./X 1893	Pyosalpingitis duplex. Apfelsinengrosses Pyovarium pseudo-intraligamentär entwickelt. (Jauchiger Eitersack, berstet bei der Operation).	Salpingo - Oophorektomia duplex. (Atypische Operation.) Ausschälung des ovariellen Eitersackes nach Abklemmung der Art. spermatica und theilweise uterina. Parthienweise Unterbindung und Abtragung des Ligamentum latum. Drainage nach *Miculicz.*	Sehr schwierige Operation. Eiter steril.
34	Frau Sch. 25 Jahre 1 Geburt 1 Abort	13./IX 1893	22./IX 1893	Verjauchte kindskopfgrosse Cyste links (intraligamentärer tubarer Fruchtsack rechts. Pelvi-Peritonitis. Retroperitoneale Phlegmone.	Entleerung, partielle Ausschälung, Resection der Cyste, Einnähung in die Bauchwunde, Drainage des Cystenrestes des Ligamentum latum, der Bauchhöhle durch mehrere getrennte Gazestreifen.	Am achten Tage post Operationem wegen acuter Manie in die Irrenklinik transferirt, von dort am 3./X geheilt entlassen. Aeusserst complicirte Operation.
35	Frau B. 6 Geburten	19./VII 1893	23./VIII 1893	Pyosalpinx duplex. Peri-Salpingo-Oophoritis. Pelvi-Peritonitis.	Salpingo - Oophorektomia duplex. (Zerreissung der rechten Eitertube, Loslösung von Stücken der hintern Uteruswand. Gazedrainage (Fächerform).	Gonorrhœ wahrscheinlich.
36	Frau Sch.	1./VII 1893	23./VII 1893	Pyosalpinx sinistra. Salpingo-Peri-Oophoritis duplex chronica. Pelvi-Peritonitis.	Salpingo - Oophorektomia duplex.	Eitersack geborsten. Schwierige Blutstillung. Eiter steril.

LEITSÆTZE.

I. Bei der *Vielheit der einzelnen Arten von Beckeneiterungen*, der auch eine *Vielheit von operativen Verhandlungsverfahren* entspricht, ist unter den letzteren dasjenige auszuwählen, welches für den einzelnen Fall als das geeignetste und schonendste erscheint.

II. Daher vertritt die deutsche Gynäkologie für die Behandlung der Beckeneiterungen als *allgemeine Grundsätze* :

1. Strenge Indicationsstellung für jedes operative Einschreiten überhaupt.
2. Möglichst conservatives Einschreiten.
3. Individuelle Auswahl des passendsten Operationsverfahrens auf Grund genauer bakterieller, klinischer und anatomischer Diagnose.

III. Die vaginale Hysterectomie und Hystero-Salpingo-Oophorectomie als ausschliessliches oder auch nur überwiegendes Operationsverfahren bei den häufigsten und gynäkologisch wichtigsten Formen von Beckeneiterungen, den eitrigen Erkrankungen der Adnexa Uteri, wird von den Meisten verworfen, conservativeren Operationen und dem abdominalen Operationsweg der Vorzug eingeräumt.

Das so ausgedehnte und verwickelte Thema der Beckeneiterungen ist überhaupt von einem weiteren Gesichtspunkt zu betrachten, als dem einseitigen der Hysterectomie-Frage.

IV. Hervorhebung der Wichtigkeit der *Prophylaxe* im Allgemeinen.

V. Stellung der *abwartenden* Behandlung zur operativen.

VI. *Specielle* Behandlungsverfahren.

1. Gebiet der *Punktion*. Fast nur bei veralteten Fällen von abgekapseltem freiem Eiter oder solitären Eiteransammlungen in geschlossenen Organtheilen. Aussicht auf Erfolg nur vorhanden bei sterilem Eiter. Ausführung nur erlaubt, wenn der Eiterheerd ohne Kreuzung der freien Beckenbauchhöhle erreichbar ist.

2. Gebiet der *Incision* :

a) die *extraperitonealen* Eiteransammlungen.

Beschränkung auf wirkliche Eiterheerde. Verhalten des Ureters und dessen Berücksichtigung.

Die Prophylaxe und Frühbehandlung der pelveo-phlegmonösen Exsudate im Wochenbett, auf deren ausserordentliche Häufigkeit aus den residualen Narben geschlossen werden kann, verdient grössere Beachtung.

b) die *intraperitonealen* Eiteransammlungen.

Die Operation kann als *Colpo-Cœliotomia simplex* (meist posterior) aufgefasst und durchgeführt werden.

Einfache *Technik* : Durchtrennung der Scheide mit Thermokauter, stumpfe Eröffnung des Eiterheerdes mittelst Kornzange ; keine Ausspühlung, keine Einstopfung von Gaze unmittelbar nachher, sondern erst in der Nachbehandlung.

Zur Erweiterung der Oeffnung kann die Medianspaltung der hinteren Cervixwand, sowie die Resection des Uterus *(Th. Landau)* herangezogen wer-

den. Intraperitoneale anteuterine Eiterheerde sind durch *Colpo-Cœliotomia ant. simplex* von mir in 2 Fällen, von *Prochownick* (laut Fragebogen) in 6 Fällen eröffnet worden.

Die « Incision » kommt vorwiegend in Betracht bei *chronischen*, solitären Eiteransammlungen mit meist sterilem Eiter; eventuell im Anschluss an eine orientirende Cœliotomie; dann bei Eiterungen nach unvollständiger vaginaler Radicaloperation.

Von *acuten* Fällen kommen in Betracht: freie Eiterungen im Douglas'schen Raum, verjauchte Hæmatocelen, doch nur, wenn bei letzteren zugleich Erscheinungen allgemeiner Peritonitis bestehen, sonst Entfernung des Fruchtsackes durch Cœliotomie.

Die breite Incision des Douglas, sowie der Parametrien bei *Pelvi-peritonitis* und *Parametritis septica puerperalis acuta (Henrotin, Jacobs)* ist noch unerprobt.

Gegenüber der heute nicht mehr gültigen *alleinigen* Hysterectomie bei Beckeneiterungen *(Péan's* « Castration utérine »), gegenüber der nicht immer durchführbaren Entfernung geschlossener Eitersäcke durch die vaginale Radicaloperation kann eine energischere, höher gehende *vaginale Eröffnung der Eiterhöhlen mit Erhaltung des Uterus*, vergleichbar der Eröffnung multipler Nierenabscesse gegenüber der Nephrektomie, Anwendung und weitere Ausbildung erfahren.

H. A. Kelly übte dieses Verfahren unter gleichzeitiger Controle des von der Scheide her arbeitenden Fingers durch das Auge, von der abdominal eröffneten Bauchhöhle her.

c) Grössere geschwulstartige Eiteransammlungen im Abdomen und vereiterte Geschwülste verlangen immer die *Cœliotomie.* Für abgekapselte Heerde von *eitriger (und tuberculöser) Peritonitis* genügt die einfache Cœliotomie und Drainage, wofern die Adnexe, oder andere vereiterte Organe nicht noch besonders wegzunehmen sind.

Vereiterte Organe (aussergewöhnlich grosse tubare und ovarielle Eitersäcke, vereiterte tubare und tubo-abdominale etc. Fruchtsäcke, vereiterte Ovarialcysten etc.) sollen vollständig entfernt werden.

Blosse Incision der Eitersäcke bei ein oder zweizeitigen Vorgehen soll auf Fälle der Noth beschränkt werden.

Ein Mittelverfahren besteht in *Vernähung des entleerten Eitersackes in der Bauchhöhle mit Drainage nach der Scheide (A. Martin).*

3. Die Schwierigkeit für eine mit Eröffnung der Peritonealhöhle verknüpfte *operative Behandlung der eitrigen Adnexenerkrankungen* ist neuerdings dadurch weiter gesteigert worden, dass die Anzahl der zur Wahl stehenden Operationswege und Operationsmethoden eine grössere geworden ist.

Eintheilung der Verfahren :

I. Vaginale :

1. Colpo-Cœliotomia ant. (Dührssen, A. Martin u. A.)

2. Colpo-Cœliotomia post. (Atlee, Hegar, Battey, Byford, Laroyenne, L. Landau, Mackenrodt u. A.).

3. Colpo-Cœliotomia ant. und post. (Bode, von Erlach, Gottschalk), sämmtlich mit Salpingo-Oophorectomia uni-s. bilateralis.

4. Colpo-Hysterectomia (« Castration utérine ». *Péan).*

5. Colpo-Hystero-Salpingo-Oophorectomia. « *Vaginale Radicaloperation* » *(Péan, Segond, Doyen, L. Landau).*

II. Abdominale :

1 *Cœlio-Salpingectomia und Cœlio-Salpingo-Oophorectomia uni-s. bilateralis.*

2. *Cœlio-Salpingo-Oophorectomia bilateralis mit Hysterectomia supravaginalis (Zweifel, H. A. Kelly, Sänger.)*

3. *Cœlio-Salpingo-Oophoro-Hysterectomia totalis.* « *Abdominale Radicaloperation* » *(Krug, Polk. Delagénière. Schauta. Bardenheuer u. A.).*

III. Hystero-Salpingo-Oophorectomiaabdomino-vaginalis, meist als vaginale begonnen, als abdominale verwendet. *(L. Landau).*

IV. Cœliotomia sacralis s. parasacralis (Hegar. von Hohenegg, Czernay. Schede u. A.)

Nur von Wenigen und in wenigen Fällen geübt.

Eine abgestufte Reihe *vaginaler* Operationen steht also einer ebensolchen *abdominaler* Operationen gegenüber und beide Reihen schreiten von *conservativen* zu *radicalen* Eingriffen fort.

Es ist das eine gegen den Stand der Dinge von 1892. wo die damals noch nicht zur « vaginalen Radicaloperation » ausgebildete vaginale Hysterectomie nur der abdominalen Salpingo-Oophorectomie gegenüberstand, wesentlich veränderte Sachlage.

Sowohl die vaginalen wie die abdominalen *conservativen* Operationsverfahren haben ihre Wurzel in der Erkenntnis der schwer wiegenden Bedeutung einer vorzeitigen Beraubung der Keimdrüsen. bez. der ganzen inneren Geschlechtstheile, besonders für jüngere Personen.

Die Behandlung der dadurch bedingten « *Ausfallerscheinungen* » — (« Cachexia oophoripriva » — *L. Landau*) nach *Brown-Sequard*'schen Grundsätzen mit Fütterung oder intracutaner Einverleibung von thierischem Eierstockgewebe ist erst im Stadium des Versuches.

Jedenfalls ist es besser von den Ovarien und dem Uterus zu erhalten, was zu erhalten geht. anstatt später Ovarial- und Uterussubstanz — auch diese ist bereits im Handel erschienen — zu füttern.

« Parce Ovario et Utero, si possis ! »

Demgemäss sind schon ziemlich viele Fälle veröffentlicht worden. wo *vereiterte Adnexa* uni- oder bilateral durch die Colpo-Cœliotomia ant. und posterior entfernt wurden.

Für die *Colpo-Cœliotomia anterior* wurden mir ausser den veröffentlichten Fällen von *Dührssen. Kossmann. Riedinger* noch durch Fragebogen mitgetheilt Fälle von *Bode, Czempin, von Erlach. A. Martin. Präger. Prochownick. Simon.*

Für die *Colpo-Cœliotomia posterior,* welche neuerdings einen besonderen Aufschwung nimmt. hat *Goullioud* aus der Klinik von *Laroyenne* schon auf dem Brüsseler-Congress Fälle veröffentlicht, sowie in jüngster Zeit *Mackenrodt.*

Weitere Fälle wurden mir durch Fragebogen mitgetheilt von *Bode, Czempin. Everke, Günther. Kötschau, Leopold. Meinert. Michelsen. Prochownick. Simon, Wehmer.*

Aber auch die *radicalen* Operationen haben ihre volle Berechtigung. wo sie durch die Schwere der Erkrankung *aller* zur Wegnahme kommenden Theile begründet sind.

Daher ist vor Allem die vaginale Exstirpation des *sonst normalen Uterus* lediglich als Vorakt. um zu den Adnexen zu gelangen. zu verwerfen.

Der « nutzlose Uterus, » der Uterus eine « quantité négligeable » — sind bedenkliche Schlagworte.

Beispiele :

Eine, sei es vaginale, sei es abdominale Radicaloperation ist nicht gerechtfertigt : bei Salpingitis purulenta uni- s. bilateralis mit noch offenem Ostium abdominale ; bei den leichteren Fällen von Sactosalpinx purulenta, von Pyovarium ; bei chronischen eiterfreien Adnexerkrankungen ; bei einfachen chronischen Entzündungen des Uterus (Endometritis hyperplastica, E. gonorrhoica chron., Perimetritis chron.). Besser ein noch menstruirender, selbst leicht kranker und noch weiter zu behandelnder, als gar kein Uterus ! — Degegen ist eine *Radicaloperation* gerechtfertigt bei schweren eitrigen Erkrankungen der Adnexa, des Beckenbauchfells, des Beckenbindegewebes combinirt mit schweren Erkrankungen des Uterus, welche auch an sich dessen Entfernung indiciren (Myome, Carcinome, Sarcome ; gutartige Erkrankungen des Endometrium mit schweren Blutungen (oder bei Uebergreifen der eitrigen Adnexerkrankung auf den Uterus, wie auch bei Tuberculose.

Gerade der «*complicirte Beckenabscess*» *L. Landau's*, d. ist gleichzeitige und doppelseitige Pyosalpinx und Pyovarium mit Eiterheerden in der Beckenbauchhöhle und im Beckenbindegewebe ist sehr selten. Meist handelt es sich auch in den schwersten Fällen von Pyo-sactosalpinx und Pyovarium nur um deren Einhüllung in Exsudatmassen : *Eiterung im Beckenbindegewebe wird meist nur vorgetäuscht durch multiple Eiterheerde im Ovarium* und *pseudointraligamentären Sitz (Pawlik) desselben.*

Auch das *Alter* der zu Operirenden ist zu berücksichtigen : je näher der Climax, um so mehr ist man zu einer Radicaloperation berechtigt.

4. Der Hauptzankapfel in der Behandlung der Beckeneiterungen, speciell der eitrigen Adnexerkrankungen, ist noch immer der *Wiederstreit zwischen vaginaler Radicaloperation einerseits, abdominaler Salpingo-Oophorectomie und neuerdings abdominaler Totalexstirpation andererseits.*

Es besteht ein *doppelter Gegensatz :*

a) in der Frage der vaginalen Radicaloperation selbst und ihres Bereiches, sowie

b) in der Frage der Anwendung von Klemmen statt Ligaturen.

Bei Vergleich der heutigen Lage in Deutschland mit der von 1892, ergibt sich eine etwas stärkere Hinneigung zu den Radicaloperationen, aber bei unverminderter Vorliebe für das Ligaturverfahren.

Die grosse Mehrzahl der Operateure ist der abdominalen Salpingo-Oophorectomie und für die *facultativ* geübte vaginale Hysterectomie und Hystero-Salpingo-Oophorectomie den Ligaturen treu geblieben, doch in vollster Anerkennung des grossen Verdienstes, das sich der geniale *Péan* durch Inaugurirung der vaginalen Radicaloperation bei Beckeneiterungen mit Hülfe des ihm eigenen Klemmenverfahrens erworben hat.

Auch in Deutschland haben die Leistungen der Schüler und Adepten *Péan's, Segond, Richelot, Terrier, Jacobs* etc. vollste Würdigung gefunden und hat man auch von den wesentlichsten *Modificationen* des ursprünglichen *Péan*'schen Verfahrens : *der vorderen Medianspaltung des sonst nicht morcellirten Uterus sammt principieller Aufgabe der präventiven Blutstillung — nach Doyen; der medianen Totalspaltung des Uterus* — nach *P. Müller-Quénu* wohl Nutzen gezogen.

Trotzdem aber bei uns in *L. Landau* und seiner Schule in zielbewusster Weise und mit glänzenden Erfolgen ein unermüdlicher Vertreter des *Péan*'schen Verfahrens und seiner Modificationen, besonders derjenigen von *Doyen*, erstanden ist, so üben doch die deutschen Operateure die vaginale

Hysterectomie und vaginale Radicaloperation auch jetzt noch nur *facultativ* und *nur ausnahmsweise mit Klemmen*, greifen sie auch die schwersten Fälle von Beckeneiterungen noch immer *überwiegend durch den Bauchschnitt an.*

Zu diesem Ausspruch berechtigen mich auch die Listen von *ca. 60 Fragebogen*, welche ich herumgeschickt hatte, um zu erfahren, in welchem Umfang seitens der *deutschen Gynäkologen* auf diesem Gebiete, sei es der abdominale, sei es der vaginale Weg eingeschlagen wird.

Gar nicht ausgeführt wurde die *vaginale* Hysterectomie etc. von folgenden 25 Operateuren : *Dohrn, Eckhardt, Ehrendorfer, Fehling, E. Fraenkel, Frommel, Gottschalk, Graefe, Gusserow, Kehrer, Keller, Klein, Kümmell, Osterloh, Präger, Runge, Schramm* (verwendet sonst Klemmen für die Hysterectomie), *Schuchardt, Simon, Staude, Stumpf, Walcher, Wiedow, v. Winkel, Zweifel.*

Alle übrigen übten die *vaginale* Hysterectomie etc. *nur facultativ* und *fast ausschliesslich mit Ligaturen*, was gleichbedentend damit ist, dass sie gerade die schwersten Fälle, wo man ohne Klemmen nicht auskommt, nicht auf vaginalem Wege angegriffen haben. So wird denn auch von Einzelnen betont, dass sie nur vaginal operirten, wenn keine oder nur geringe Verwachsungen zu erwarten waren. Andere berichteten nur über einen oder nur ein Paar Fälle. Ich muss auch annehmmen, dass so und so Viele, welche Einträge machten, nicht bei eitrigen, sondern bei chronischen nicht eitrigen Adnexerkrankungen operirten. Einzelne schritten nothgedrungen zur Hysterectomie, nachdem sie mit einer Colpo-Cœlio-Salpingo-Oophorectomie begonnen hatten.

Nur mit Ligaturen operirten : *Asch* (wenige Fälle), *Bode, Czerny, Everke, v. Erlach, Guenther, Kötschau, Leopold* (in Deutschland als Erster), *A. Martin, Meinert, Mermann* (1 Fall), *Michelsen, Schauta* (nur probeweise Klemmen), *Thorn, Werth.*

Klemmen und Ligaturen abwechselnd verwendeten : *Baumm, Bumm, Hofmeier, Küstner, Prochownick, v. Rosthorn, Wehmer.*

Fast alle bevorzugen dabei die Ligaturen. Nur *Prochownick* verwendete « bei eitrigen Erkrankungen vorwiegend Klemmen. »

Mit Klemmen allein operirten : *Czempin* (seit $^3/_4$ Jahren, nur Fälle, « wobei keine starken Darmverwachsungen zu erwarten sind), *Pfannenstiel* (2 Fälle), *Döderlein* (4 Fälle, vorher 58 abdominale Salpingo-Oophorectomien).

Nur 5 Operateure haben sich *neuerdings* der *vaginalen Radicaloperation* zugewandt : *Bode, Bumm, Döderlein, Schauta, Werth* und unter diesen ist *Döerlein* der Einzige, welcher in seinen 4 Fällen nur Klemmen verwendete.

Bumm und *Schauta* hatten besonders im Auge, den gonorrhoischen Uterus mitzuentfernen.

Ich selbst habe seit November 1893 44 mal die vaginale Hysterectomie und Hystero-Salpingo-Oophorectomie mittelst *Péan's* Klemmenverfahren, doch überwiegend nach *Doyen* ausgeführt aus den verschiedensten Indicationen, hierunter aber nur wenige Fälle von Beckeneiterungen und chronischen Adnexerkrankungen, aber ich bin neuerdings doch wieder zur *facultativen* Anwendung von Ligaturen zurückgekehrt, wie bezeichnender Weise auch *Jacobs*, und habe in gleichem Zeitraum in 36 Fällen von Beckeneiterungen abdominal operirt und alle Fälle zur Heilung gebracht.

Die *Haupteinwände* gegen die vaginale *Hysterectomie* und *Hystero-*

Salpingo-Oophorectomie bei Beckeneiterungen sind die gleichen wie früher: Beginn der Operation mit dem Uterus statt den kranken Adnexen, Unmöglichkeit einer Abstufung der operativen Eingriffe im conservativen Sinne, Unübersichtlichkeit des Operationsgebietes, Unbemerktbleiben anderer Eiterheerde (Appendicitis!), Unmöglichkeit in allen Fällen wirklich radical vorzugehen, grössere Gefahr von Nebenverletzungen, namentlich des Darmes, Gefahr der Blutung bei Versagen der Klemmen etc.

Die *Haupteinwände* gegen die *Klemmen* sind: Die beschwerdevolle Lage der Kranken nach der Operation, Nachblutung, Schädigung der Därme, Infectionsgefahr durch die necrosirenden Stümpfe, *vor Allem der nothgedrungene Nichtverschluss der Bauchhöhle.*

Allerdings ist dies ein Einwand, der gerade bei Beckeneiterungen weniger in Betracht kommt, da hier die Beckenbauchhöhle gegen die übrige Bauchhöhle abgekapselt sein und eben das Offenbleiben mit zum Programm gehören kann.

Bei *leichteren eitrigen Erkrankungen* der *Adnexa*, wo kein freier Eiter angetroffen wurde und die Eitersäcke nicht platzten, kann natürlich die Bauchhöhle geschlossen werden. Darauf wird, seit *Kaltenbach* und *Olshausen* den Nahtverschluss einführten, bei uns das grösste Gewicht gelegt (s. *Olshausen's* Vortrag auf dem Deutschen Chirurgencongress 1896), und das ist der Hauptgrund, weshalb die deutschen Gynäkologen die Ligaturen hervorzogen.

Wird aber die vaginale Radicaloperation bei *schwersten*, doppelseitigen Adnexvereiterungen und «complicirten Beckenabscessen» als *Operation der Wahl* ausgeführt, so ist *allerdings die Verwendung von Klemmen entschieden leichter und bequemer*, ist *das Offenbleiben der Beckenbauchhöhle eine Nothwendigkeit.*

Zu *Gunsten der Beibehaltung* des *abdominalen Operationsweges* lässt sich weiter ausführen, dass die *Technik der abdominalen Operationen gleichfalls erhebliche weitere Ausbilduug mit Verringerung ihrer Gefahren* durchgemacht hat:

a) durch die *Asepsis;*
b) durch die *Aethernarkose;*
c) durch die *Trendelenburg'sche* Hochlagerung;
d) durch die *Gaze-Drainage;*
e) durch *Verbesserung der Bauchnaht.*

2. Dies führte dann auch zu einem *noch radicaleren Eingriff*, als es die vaginale Radicaloperation ist, zur *abdominalen Radicaloperation.*

Sie ist der Gipfel radicalen Vorgehens und ist gegründet einestheils auf die abdominale Totalextirpation des myomatösen Uterus (*Bardenheuer, A. Martin, Krug, Polk, Penrose, Baldy* und zahlreiche andere, besonders amerikanische Operateure), anderntheils auf den Nachweis, dass von dem nach abdominaler Salpingo-Oophorectomie zurückbleibenden Uterus, den Ligamentstümpfen, Ligaturen Folgezustände und Beschwerden ausgehen können, welche vielfach eine Dauerheilung hintanhalten (*Chrobak, Schauta*) und später zur nachträglichen vaginalen Entfernung des Uterus nöthigen können.

Die Operation ist bei Beckeneiterungen am häufigsten von amerikanischen Operateuren ausgeführt worden (v. die Liste von *Clinton Cushing* in Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn. I, 6).

Dann berichtete *Schauta* auf dem VI. Deutschen Gynäkologencongress in

Wien (1895) über 30 Fälle mit 2 Todesfällen. Neuerdings übt aber *Schauta*, laut Mittheilung von *Wertheim* an mich, wieder durchweg die vaginale Radicaloperation.

Aus meinem Fragebogen ergiebt sich, dass zahlreiche deutsche Gynäkologen *facultativ*, doch nur in einzelnen Fällen und auf besondere Indication, meist Myomo Uteri, theils die Cœlio-Hysterectomie supravaginalis, theils die C.-H. totalis bei eitrigen Adnexoperationen vornahmen. Auch ich gehöre zu diesen.

Speciell ist die abdominale Radicaloperation gemacht worden von *Czempin* (5 Fälle, 3 †), *Döderlein* (2 Fälle), *Everke* (zahlreiche Fälle), *v. Rosthorn*.

In jüngerer Zeit liess *Bardenheuer* durch seinen Assistenten *Bliesener* eine grössere Abhandlung veröffentlichen (Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn., Bd. III, 5. 6, Bd. IV, 1), worin die concurrirende Operationsverfahren in erschöpfender Weise beleuchtet werden.

Bericht über 40 Operationen mit 2 Todesfällen. Laut Bescheid auf meinen Fragebogen ist deren Zahl inzwischen auf 56 Fälle gestiegen und mit 3 Verlusten.

Die *technischen Haupteigenthümlichkeiten* des Verfahrens von *Bardenheuer* bestehen darin, dass die Adnexa vom vorderen Blatt des Ligamentum lat. her angegriffen werden, sowie dass durch Heranziehung und Vernähung von Resten der Lig. lata, des S. romanum, Appendices epiploicæ etc. ein peritoneales Septum hergestellt wird, welches die mit Gaze ausgestopfte Beckenwundhöhle von der übrigen Bauchhöhle trennt.

Auf einen Schluss des Peritonealloches wird also im Vornherein verzichtet und die einfache Gazeausstopfung beschuldigt, dass sie Verwachsungen mit den Eingeweiden in Gefolge habe. Ganz unzweifelhaft muss dies aber auch bei diesem peritonealen Septum sowohl nach Oben wie nach Unten vor sich gehen.

Die *Verläufe* auch der schweren und verwickelten *Bardenheuer*'schen Operation waren denn auch meist äusserst langwierig, wie schon aus dem durchschnittlichen Hospitalaufenthalt von $10^1/_2$ Wochen hervorgeht, und erforderten mehrfach Neben- und Nachoperationen eingreifender Art.

Mag in Bezug auf Radicalismus die *vaginale Radicaloperation* hinter der *abdominalen* zurückstehen so ist sie doch ein weitaus leichterer und weniger gefährlicher Eingriff und *als Operation der Wahl ihr vorzuziehen*.

Auch in weniger eingreifender Ausführung wird die abdominale Radicaloperation nur ein *Ausnahmeverfahren* bleiben für solche Fälle, wo sie um des schwer miterkrankten Uterus Willen vorzunehmen ist.

6. Die *Salpingo-Oophorectomia bilateralis* kann aber noch mit einer anderen, milderen, abdominalen Radicaloperation combinirt werden, der *Hysterectomia supravaginalis* oder *queren Amputation des Corpus Uteri*, welche, soweit ich sehe, bei Adnexeiterungen am häufigsten von *H. A. Kelly* angewandt worden ist. Ausser mir selbst haben noch *Bode* und *Pfannenstiel* mir Fälle gemeldet.

In ihrer Ausführung mittels fortlaufender Parthienligatur nach *Zweifel*, die auch mir bei Myomen vorzügliche Resultate geliefert hat, ist sie kaum als Complication zu erachten, da sie auch die Stumpfverhältnisse der Ligamente vereinfacht.

Wo conservative Erwägungen nicht entgegenstehen, würde diese *Cœlio-Salpingo-Oophoro-Hysterectomie supravaginalis* allen Anforderungen an

eine abdominale und doch wenig eingreifende Radicaloperation am besten entsprechen. Sie lässt sich sogar unter Zurücklassung von Ovarialgewebe durchführen (*Zweifel*).

VII. Die Frage der Drainage.

Begründung ihrer Unentbehrlichkeit für die *abdominalen Operationen.*

Indicationen :

1. Wenn Eiter auf die operierende Hand, sowie in vorher eiterfreie Raume der Bauchhöhle gelangte und klinisch wie bakteriologisch anzunehmen ist, dass dieser Eiter virulent und für die freie Bauchhöhle gefährlich sein könne.

2. Wenn Blutungen nicht sicher gestillt, die Kleinbeckenhöhle nicht völlig trocken gelegt werden kann, zumal wenn zugleich virulenter Eiter ausgelaufen war.

3. Bei schon vor der Operation vorhandener Fistelbildung und bei während der Operation entstandenen oder befürchteten bez. drohenden Durchlochungen von Nachbarorganen (besonders S.-romanum und Rectum), auch dann, wenn die Fisteln bez. Einrisse durch die Naht geschlossen wurden.

Darmfisteln und *Darmverletzungen* sind überhaupt nur durch Cœliotomie anzugreifen und zu heilen. (S. Näheres bei *Sänger,* C. f. G. 1895. 47 und *L. v. Dittel,* C. f. G. 1896. 3).

In technischer Beziehung Bevorzugung der *Tampon-Drainage nach Miculicz.*

Sie wurde von mir, seit ich von der combinirten Glasröhren-Gaze-Drainage zu ihr übergieng (1892), unter 42 Fällen von Beckeneiterungen 13 Mal angewendet mit 1 Todesfall unmittelbar nach der Operation eine besonders complicirten und ungünstigen Falles.

Abwägung ihrer Vortheile und Nachtheile.

Gegenüber *Bardenheuer-Bliesener* sei besonders hervorgehoben, dass *niemals,* auch nicht in anderen Fällen von *Miculicz*-Drainage, Darmobstruction bez. Ileus beobachtet wurde.

Die von Vielen (von Einzelnen, wie *Döderlein,* in jedem dritten Fall) angewandte und bevorzugte *abdomino-vaginale Gaze-Drainage* durch Douglas und Scheide leistet keine so vollkommene Ableitung der Sekrete und Abkapselung von der übrigen Bauchhöhle, es sei denn dass darüber noch ein peritoneales Septum gebildet wurde (*v. Ott, Zweifel* u. A.), und ist für Darmverletzungen, wobei Darminhalt gewöhnlich erst nach einer Reihe von Tagen austritt, nicht ausreichend, da Kothabscesse drohen. Die Herstellung der Drainage-Oeffnung nach der Scheide kann auch bei breiter Verwachsung des S.-romanum mit Uterus und Douglas Schwierigkeiten bereiten.

Mit der *Miculicz-Drainage,* der auch u. A. *Pozzi* treu geblieben ist, in Bereitschaft kann man an die schwierigsten abdominalen Operationen ruhig herangehen : weder Blutung, noch Eiteraustritt, noch Nebenverletzungen, namentlich des Darmes, hat man zu scheuen : man kann auf das Radikalste vorgehen und bleibt immer Herr der Lage mit geringerer Sorge für den weiteren Verlauf, wie sie derjenige empfinden muss, der es wagt, in solchen Fällen die Bauchhöhle zu schliessen oder nur unvollkommen zu drainiren.

VIII. *Ergebnisse.*

Eigene Resultate : Seit meinem letztem Bericht auf dem V. Deutschen Gynäkologen-Congress in Breslau (Mai 1893) habe ich in 36 Fällen von durchweg schweren Beckeneiterungen die *Cœliotomie* ausgeführt, 1 mal mit

abdominaler Totalexstirpation, 1 mal mit querer supravaginaler Amputation des Uterus, 11 mal mit Drainage nach *Miculicz.*

Sämmtliche Fälle sind genesen.

(Näheres im Hauptbericht.)

Die mir zugegangenen *Fragebogen* sind gerade in Bezug auf Statistik lückenhaft, so dass ich hier darauf verzichte, Einzelergebnisse anzuführen. Die zur Veröffentlichung gekommenen Statistiken von *Segond, Richelot, Terrier, Jacobs, L. Landau* u. A. für die vaginale Hysterectomie, von *Chrobak, Schauta, Zweifel, A. Martin,* mir u. a. für die Coelio-Salpingo-Oophorectomie, von *Clinton-Cushing, Bliesener* für die abdominale Radicaloperation, die vergleichende Statistik von *Max Landau* (Klinik von *Jacobs*) — ergeben im Grunde so geringe Differenzen, dass sich aus den Zahlen allein — wie oft giebt ein einziger Fall den Ausschlag?! — weder nach der einen noch nach der andern Richtung etwas beweisen lässt.

Eine Ueberlegenheit der vaginalen Hysterectomie gegenüber den abdominalen Operationen (mit Ausnahme der abdominalen Radicaloperation) lässt sich auf keinen Fall constatiren.

Die Zahlen der glücklichsten Operateure sind für beide Operationswege unübertreffliche, zeigen aber dennoch eine Ueberlegenheit zu Gunsten des abdominalen Operationsweges.

Wenn *L. Landau* in Wien (1895) über 109 vaginale Radicaloperationen mit 1 Operationstodesfall berichten konnte — in seiner neuesten Monographie ist keine weitere Statistik enthalten — so theilte *Zweifel* in der Sitzung der Ges. f. Gebh. zu Leipzig, Dec. 1895 mit, dass er auf 217 abdominale Adnexoperationen nur 2 Todesfälle gehabt habe.

Schluss.

Die Anhänger der verschiedenen Operationswege sollten sich nicht darauf steifen sich einander bekehren und nur auf *ihr* Verfahren verpflichten zu wollen. Sie haben alle ihre Berechtigung und gilt es heute mehr zu entscheiden, für welchen speciellen Fall unter den zur Auswahl stehenden Methoden die jeweils Gewählte auch die beste sei.

Möge jeder in gegenseitiger Achtung der Concurrenzverfahren das von ihm bevorzugte weiter cultiviren, so wird, wenn dies allseitig geschieht, der Fortschritt auch ein allseitiger sein.

Die Zeit ist vorüber, dass nur ein *Verfahren von sich behaupten kann, allein im Besitz der Wahrheit zu sein.*

CONCLUSIONS

I. Vu la multiplicité des suppurations pelviennes, il faut, étant donné un cas particulier, choisir entre les nombreux procédés opératoires celui qui semble le plus approprié et le plus conservateur.

II. En raison de cette première thèse, la Gynécologie allemande soutient pour le traitement des suppurations pelviennes les principes généraux suivants :

1. Il y a lieu de poser une indication rigoureuse pour toute intervention opératoire.

2. L'intervention doit être la plus conservatrice possible.

3. Il faut en outre toujours choisir l'intervention la plus appropriée au cas donné en se basant pour cela sur le diagnostic bactériologique, clinique, et anatomique.

III. La plupart des gynécologues rejettent aujourd'hui l'hystérectomie et l'hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale comme procédé opératoire unique ou de choix, lorsqu'il s'agit des formes de suppurations pelviennes les plus fréquentes et les plus importantes, c'est-à-dire de celles qui prennent naissance dans les annexes. Ils préfèrent à ces deux opérations des procédés plus conservateurs et la voie abdominale.

Il faut voir la question si vaste et si compliquée des suppurations pelviennes sous un jour plus large que celui de l'hystérectomie.

IV. Importance générale des mesures préventives.

V. Valeur respective du traitement expectatif et du traitement opératoire.

VI. Procédés de traitements spéciaux.

1. *Le domaine de la ponction* se restreint aux cas invétérés d'abcès encapsulés ou de collections purulentes uniques dans des organes clos. On ne peut espérer le succès que lorsque le pus est stérile.

Il ne faut traiter de cette manière que les cas où le foyer purulent peut être atteint sans risque de croiser la cavité pelvi-péritonéale.

2. *Le domaine de l'incision* s'étend :

a) Aux cas de foyers purulents *extra-péritonéaux*. Il y a lieu de limiter ce procédé à de véritables collections purulentes. Disposition et rapports de l'uretère, dont on doit toujours tenir compte. En ce qui concerne les exsudats pelviens phlegmoneux, survenant dans les suites de couches et dont les nombreux restes cicatriciels montrent l'extrême fréquence, il faut attacher la plus grande importance à la prophylaxie et à un traitement commencé aussi tôt que possible.

b) Aux cas de foyers purulents *intra-péritonéaux*. On peut donner à cette opération le nom de colpo-cœliotomie simple (elle sera le plus souvent postérieure).

Le procédé le plus simple consiste dans l'incision du vagin avec le thermocautère et dans l'ouverture du foyer avec une pince à pansements. Il n'y a pas lieu de faire aucune irrigation, ni de tamponner la cavité avec de la gaze im-

médiatement après l'opération. On ne le fera que plus tard pour le traitement consécutif post-opératoire.

Afin d'obtenir une ouverture plus grande on peut adjoindre à l'incision précédente l'incision médiane de la paroi postérieure du col ainsi que la résection de l'utérus (*Th. Landau*).

J'ai opéré moi-même 2 cas de foyers purulents antéutérins intrapéritonéaux par la colpo-cœliotomie simple et *Prochownick* 6 cas (d'après le questionnaire).

L' « *incision* » est plus particulièrement l'opération de choix dans les collections purulentes chroniques et uniques, qui contiennent un pus le plus souvent stérile ; elle peut être éventuellement utile après une cœliotomie purement exploratrice ; enfin on peut aussi y avoir recours dans les cas de suppurations survenant après des opérations incomplètes par voie vaginale.

L'incision est également une opération de choix dans certains cas aigus, tels que les suppurations libres dans le cul de sac de Douglas, les hématocèles suppurées. Dans ce dernier cas elle l'est seulement, lorsqu'il y a en même temps des symptômes de péritonite généralisée. S'ils font défaut, il faut lui préférer l'opération de l'hématocèle (presque toujours consécutive à une grossesse tubaire) par la cœliotomie.

L'incision large du Douglas et des paramètres lorsqu'il s'agit de pelvipéritonite et de paramétrite septique puerpérale aigüe (*Henrotin, Jacobs*) n'a pas encore fait ses preuves.

Dans cette question du traitement opératoire des suppurations pelviennes on peut aujourd'hui opposer à l'hystérectomie (castration utérine de *Péan*) qui n'est plus regardée actuellement comme la seule et unique opération de choix et à l'extirpation radicale par la voie vaginale de foyers purulents enkystés, qui n'est pas toujours possible, l'incision par le vagin des cavités de la collection purulente avec conservation de l'utérus. Cette dernière opération est susceptible dans l'avenir de perfectionnement et sa valeur vis-à-vis des 2 premières est comparable à celle de l'incision d'abcès multiples du rein vis-à-vis de la néphrectomie.

Pour pouvoir contrôler simultanément par les yeux le travail exécuté par le doigt, introduit par l'incision vaginale, H.-A. Kelly dut parfois avoir recours à l'ouverture de la cavité abdominale.

c) La cœliotomie est toujours indiquée dans les cas de collections purulentes constituant par leurs dimensions de véritables tumeurs, ainsi que dans les vraies tumeurs suppurées. La cœliotomie toute simple et le drainage suffisent dans les cas de foyers enkystés, résidus de péritonite purulente (et tuberculeuse), si toutefois l'on ne se voit pas obligé d'enlever les annexes et d'autres organes en état de suppuration.

Il faut extirper entièrement les organes suppurés (tels que de grosses poches purulentes provenant des trompes ou des ovaires, des grossesses tubaires ou tubo-abdominales suppurées, des kystes de l'ovaire suppurés, etc.) Il ne faut s'en tenir à l'incision simple du foyer en un ou deux temps que dans des cas de nécessité absolue.

Un moyen mixte consiste à ouvrir d'abord le foyer, puis à le suturer dans la cavité abdominale après l'avoir vidé complètement et à drainer par le vagin (A. Martin).

3. Les difficultés pour le choix d'un traitement opératoire, lié à l'ouverture de la cavité abdominale, dans les affections suppurées des annexes se sont récemment encore augmentées par le fait du nombre toujours plus considérable des modes et des procédés opératoires proposés.

Classification des procédés opératoires.

I. *Procédés vaginaux.*

1. Colpo-cœliotomie antérieure. (Dührssen, A. Martin, etc.).

2. Colpo-cœliotomie postérieure. (Atlee, Hegar, Battey, Byford, Laroyenne, L. Landau, Mackenrodt et d'autres).

3. Colpo-cœliotomie ant. et post. (Bode, von Erlach, Gottschalk), combinée avec la salpingo-oophorectomie uni- ou bilatérale.

4. Colpo-hystérectomie (castration utérine de Péan).

5. Colpo-hystéro-salpingo-oophorectomie, « opération radicale » par la voie vaginale (Péan, Segond, Doyen, L. Landau).

II. *Procédés abdominaux.*

1. Cœlio-salpingectomie et Cœlio-salpingo-oophorectomie uni- ou bilatérale.

2. Cœlio-salpingo-oophoro-hystérectomie totale (opération radicale abdominale) (Krug, Polk, Delagénière, Schauta, Bardenheuer, etc.).

3. Cœlio-salpingo-oophorectomie bilatérale combinée avec l'hystérectomie supravaginale (Zweifel, H.-A. Kelly, Sänger).

III. *Hystéro-salpingo-oophorectomie abdomino-vaginale,* commencée le plus souvent par la voie vaginale et terminée par la voie abdominale (L. Landau).

IV. *Cœliotomie sacrée ou parasacrée* (Hegar, v. Hochenegg, Czerny, Schede et d autres). Cette dernière opération n'est faite que par un petit nombre de chirurgiens et dans des cas restreints.

On voit par ce tableau qu'il y a deux séries de procédés, les procédés vaginaux et les procédés abdominaux et que ces deux séries forment séparément chacune une chaîne s'étendant des opérations conservatrices aux opérations radicales.

Ce fait est passablement différent de celui que l'on pouvait constater en 1892. A cette époque, en effet, on ne pouvait guère opposer à l'hystérectomie vaginale, qui n'avait pas encore reçu les perfectionnements nécessaires pour devenir une opération radicale par la voie du vagin, que la salpingo-oophorectomie abdominale.

L'origine des procédés opératoires conservateurs par la voie vaginale et par la voie abdominale réside dans le fait que l'on a reconnu l'influence nuisible d'une extirpation prématurée des ovaires ou bien encore d'une extirpation complète de tout l'appareil génital interne et cela surtout chez les personnes jeunes.

Le traitement de tous les symptômes qui se produisent à la suite de ces mutilations (cachexia oophoripriva, L. Landau), traitement qui consiste d'après les principes de Brown-Sequard dans l'alimentation avec du tissu ovarien animal ou des injections sous-cutanées de suc ovarien n'en est qu'à sa période d'essai.

Dans tous les cas il est infiniment préférable de conserver tout ce qui peut être conservé des ovaires et de l'utérus plutôt que de recourir plus tard à une alimentation avec du tissu ovarien ou utérin comme on l'a déjà fait. « *Parce ovario et utero, si possis.* »

En raison de ce qui vient d'être dit, on a déjà publié beaucoup de cas où les annexes suppurées d'un seul côté ou de tous les deux ont été enlevées par la colpo-cœliotomie ant. et post.

En ce qui concerne la colpo-cœliotomie antérieure on m'a encore communiqué par l'entremise du questionnaire outre les cas déjà publiés de

Dührssen. Kossman. Riedinger, quelques cas nouveaux de Bode, Czempin, von Erlach, A. Martin, Präger, Prochownick, Simon. Quant à la colpo-cœliotomie postérieure, qui dans ces derniers temps a joui d'une vogue particulière, Goullioud. élève de Laroyenne, a déjà fait une publication à son sujet, au dernier Congrès de Bruxelles. Mackenrodt tout récemment y a aussi attaché son nom.

D'autres cas opérés par Bode, Czempin. Everke, Günther, Köttschau, Leopold. Meinert. Prochownick. Simon. Wehmer m'ont été communiqués par l'entremise de mon questionnaire.

Mais les opérations radicales sont aussi pleinement justifiées dans les cas où la gravité de l'affection exige l'extirpation de la totalité des organes malades.

Il en résulte qu'il faut rejeter d'une manière absolue l'extirpation vaginale d'un utérus normal lorsque cette dernière opération ne doit être qu'un temps préparatoire pour permettre d'arriver aux annexes. L'inutilité de l'uterus, ou l'utérus, regardé comme « une quantité négligeable » sont des dogmes très graves.

Exemples :

Dans les Salpingites purulentes uni- et bilatérales, lorsque l'orifice abdominal de la trompe est encore ouvert : dans les formes légères de Salpingites purulentes, d'abcès de l'ovaire, dans les affections chroniques non purulentes des annexes : dans les inflammations chroniques simples de l'utérus (Endométrite hyperplastique, E. gonorrhoïque chronique ; Perimétrite chronique). Il vaut mieux laisser un utérus menstruant. même s'il est légèrement malade et s'il a besoin d'un traitement prolongé que pas d'utérus du tout.

Par contre *l'opération radicale* est entièrement justifiée dans les suppurations graves des annexes, du péritoine pelvien. du tissu cellulaire conjonctif du petit bassin, lorsque ces dernières affections coexistent avec une affection grave de l'utérus qui par elle-même exigerait l'extirpation de cet organe (Myomes, carcinomes, sarcomes, affections bénignes de l'Endométrium donnant lieu à des hémorrhagies profuses, etc.) ou bien dans les cas de propagation à l'utérus d'une affection purulente des annexes, comme aussi dans les cas de tuberculose.

Justement, l'abcès pelvien compliqué, de Landau, c'est-à-dire la combinaison simultanée de suppurations bilatérales de la trompe et de l'ovaire avec des foyers purulents dans la cavité pelvi-péritonéale et dans le tissu conjonctif pelvien. est une grande rareté. Le plus souvent il ne s'agit, même dans les cas graves de pyosalpinx et pyovaire, que de leur enveloppement par les masses inflammatoires : le plus souvent ce sont des foyers purulents multiples, siégeant dans l'ovaire, qui simulent des suppurations du tissu conjonctif et qui paraissent ne pas siéger entre les ligaments. (Pawlik.)

L'âge des opérées est aussi à prendre en considération, car il y aura des raisons d'autant plus fortes d'opérer radicalement que la malade est plus près de la ménopause.

Pour le traitement des suppurations pelviennes et tout spécialement des annexes suppurées la pomme de discorde consiste encore dans l'antagonisme, d'une part, entre les partisans des opérations radicales par voie vaginale,

d'autre part, les partisans de la salpingo-oophorectomie et de l'extirpation totale, toutes deux par voie abdominale.

Il existe un double désaccord : A. Dans la question de l'opération radicale elle-même par voie vaginale et de son domaine. B. Dans la question de l'emploi des pinces au lieu des ligatures.

En comparant pour l'Allemagne la situation actuelle avec celle de 1892, on constate qu'il existe une tendance plus marquée aux opérations radicales, mais la même préférence pour le procédé des ligatures.

La majorité des opérateurs est restée fidèle à la salpingo-oophorectomie par voie abdominale et à l'emploi limité de l'hystérectomie et l'hystéro-salpingo-oophorectomie par voie vaginale et par le procédé des ligatures, tout en rendant hommage au génie de *Péan*, qui, le premier a appliqué son propre système de forcipressure à l'opération radicale par voie vaginale dans les suppurations pelviennes.

Les différents procédés opératoires des élèves et adeptes de Péan, Segond, Richelot, Terrier, Jacobs, etc., ont trouvé en Allemagne leur juste appréciation et on y a reconnu l'utilité des différentes modifications apportées au procédé primitif de Péan, tels que l'incision médiane de l'utérus sans hémostase préventive, d'après Doyen, et la division médiane de l'utérus d'après P. Müller. Cependant, malgré que le procédé de Péan et ses modifications d'après Doyen aient trouvé en Landau et son école des défenseurs infatigables et de brillants succès, les opérateurs allemands ne pratiquent l'hystérectomie vaginale et l'opération radicale par le vagin qu'exceptionnellement et rarement par le procédé des pinces, tandis qu'ils attaquent même les cas les plus difficiles de suppurations pelviennes par la voie abdominale. J'arrive à cette affirmation en me basant sur les indications fournies par une soixantaine de questionnaires que j'ai envoyés dans le but de me renseigner auprès des gynécologues allemands, à laquelle des deux voies, abdominale ou vaginale, était donnée la préférence. Les 25 opérateurs suivants n'ont jamais fait d'hystérectomie vaginale pour les cas de suppurations pelviennes : Dohrn, Eckhard, Ehrendorfer, Fehling, E. Fraenkel, Frommel, Gotschalk, Gräfe, Gusserow, Kehrer, Keller, Klein, Kümmell, Osterloh, Präger, Runge, Schramm (emploie d'habitude les pinces pour l'hystérectomie), Schuchardt, Simon, Staude, Stumpf, Walcher, Wiedow, von Winckel, Zweifel.

Tous les autres appliquèrent l'hystérectomie vaginale exceptionnellement et presque toujours avec le procédé des ligatures, ce qui veut dire, qu'ils n'ont pas attaqué par la voie vaginale les cas les plus graves, c'est-à-dire ceux où l'on ne peut se passer de pinces. C'est ainsi que quelques-uns déclarent, qu'ils n'opèrent par le vagin que les cas dans lesquels on ne peut s'attendre à rencontrer que peu ou pas d'adhérences, d'autres parlent seulement d'un ou deux cas. Enfin quelques-uns laissent supposer qu'ils opérèrent des affections chroniques des annexes, mais non à l'état de suppuration.

Quelques autres ayant commencé par une salpingo-oophorectomie par voie vaginale se virent forcés pour terminer à enlever l'utérus.

Les chirurgiens suivants opérent uniquement par le procédé des ligatures : Asch (peu de cas), Bode, Czerny, Everke, von Erlach, Guenther, Kötschau, Leopold (le premier en Allemagne), A. Martin, Meinert, Hermann (1 cas), Schauta (a employé les pinces simplement à titre d'essai), Thorn, Werth.

Ont employés tantôt les pinces, tantôt les ligatures Baumm, Bumm, Hofmeier, Küstner, Prochownick, von Rosthorn, Wehmer. Cependant la plus-

part d'entre eux donnent la préférence aux ligatures. Seul, Prochownick employa surtout les pinces dans les cas d'affections suppurées.

Le système des pinces seules a été appliqué par Czempin (depuis 3/4 d'année et seulement dans les cas ou l'on ne devait pas s'attendre à rencontrer de fortes adhérences intestinales), Pfannenstiel (2 cas), Döderlein (4 cas, tandis qu'auparavant il avait opéré 58 cas de salpingo-oophorectomie par l'abdomen).

Seulement 5 Gynécologues ont adopté dernièrement l'opération radicale par le vagin : Bode, Bumm, Schauta, Döderlein et Werth et parmi ceux-ci Döderlein seul a employé uniquement les pinces dans ses 4 cas. Bumm et Schauta avaient en vue l'extirpation de l'utérus atteint de gonorrhée.

Depuis le mois de novembre 1893 j'ai pratiqué moi-même 44 fois l'hystérectomie vaginale et l'hystéro-salpingo-oophorectomie d'après le procédé de Péan ou celui modifié par Doyen et d'après les indications les plus diverses ; comprenant très peu de cas de suppurations pelviennes et d'affections chroniques des annexes. Mais dernièrement je suis revenu à l'emploi des ligatures et Jacobs en a fait de même. Pendant cette même période de temps j'ai opéré 36 cas de suppurations pelviennes par la voie abdominale et toutes mes malades ont guéri.

Les principaux reproches que l'on peut faire à l'hystérectomie vaginale et l'hystéro-salpingo-oophorectomie sont les mêmes que précédemment, c'est-à-dire, début de l'opération par l'utérus et non par les annexes malades, impossibilité d'arrêter l'intervention opératoire dans un sens conservateur, l'investigation du champ opératoire ne peut être faite d'une façon complète, d'autres foyers purulents (appendicites) peuvent passer inaperçus, impossibilité absolue dans certains cas d'opérer d'une façon radicale, danger de blesser les organes voisins, spécialement l'intestin, danger d'hémorrhagie en cas de défauts des pinces, etc.

D'autre part, les inconvénients des pinces sont les suivants : situation désagréable de la malade après l'opération, l'hémorrhagie consécutive, les lésions des intestins, le danger d'infection par les pédicules atteints de nécrose et, avant tout, la fermeture de la cavité abdominale fait inévitablement défaut Il faut cependant remarquer que ce dernier inconvénient n'en est pas un véritable dans les cas de suppurations pelviennes, car la cavité du bassin est généralement séparée de la cavité abdominale et cette large ouverture du pelvis peut à la rigueur faire partie du programme opératoire.

Dans les cas d'affections légères suppurées des annexes, lorsque dans le cours de l'opération on ne rencontre pas de pus et que les poches ne se sont pas ouvertes, on peut tranquillement fermer la cavité péritonéale. Depuis que Kaltenbach et Olshausen ont introduit cette fermeture dans la pratique (voir le discours d'Olshausen au Congrès allemand de Chirurgie de 1896) nous y attachons une grande importance et c'est la raison principale pour laquelle les Gynécologues allemands donnent la préférence aux procédés par les ligatures.

Il n'en est pas de même, lorsque l'opération radicale par voie vaginale est pratiquée comme opération de choix pour les suppurations graves et bilatérales des annexes ou pour les abcès pelviens compliqués, car, dans ces cas, le procédé des pinces est certainement beaucoup plus facile et beaucoup plus commode et il devient nécessaire de laisser ouverte la cavité pelvienne.

En faveur du maintien de la voie abdominale pour ces opérations on peut

avancer que la technique des opérations abdominales s'est améliorée en même temps que leur danger a diminué, par :

A. L'emploi de l'asepsie.
B. Par la narcose à l'éther.
C. Par la position élevée de Trendelenburg.
D. Par le drainage à la gaze.
E. Par l'amélioration de la fermeture de l'abdomen.

V. Ce sont ces mêmes raisons qui facilitèrent l'introduction d'une intervention encore plus radicale que l'extirpation vaginale, c'est-à-dire l'opération radicale par voie abdominale. Elle représente le summum de l'intervention radicale et procède d'une part de l'extirpation totale de l'utérus myomateux (Bardenheuer, Martin, Krug, Polk, Penrose, Baldy et autres chirurgiens, spécialement américains), d'autre part, du fait qu'après la salpingo-oophorectomie par voie vaginale, l'utérus conserve les pédicules, les ligatures donnant lieu à une série de troubles et de symptômes douloureux, qui peuvent nécessiter une extirpation consécutive de l'utérus par voie vaginale (Chrobak, Schauta).

L'opération a été le plus souvent exécutée par des chirurgiens américains (voir la liste de *Clinton Cushing*, dans *Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn.*, I., 6).

Schauta, au VIme Congrès des gynécologues allemands (Vienne 1895), relate 30 cas, avec 2 cas de mort. Ces derniers temps il pratique de nouveau l'opération radicale vaginale (communication de Wertheim à mon adresse). Il résulte des réponses obtenues à mes circulaires que de nombreux gynécologues allemands n'exécutent qu'exceptionnellement et d'après des indications spéciales la cœlio-hystérectomie susvaginale, ou la cœlio-hystérectomie totale, pour annexites suppurées. Je partage moi-même ce point de vue.

L'opération *opération abdominale* a été faite par *Czempin* (5 cas, 3 †), *Döderlein* (2 cas), *Everke* (cas nombreux) v. *Rosthorn*.

Bardenheuer a fait publier tout dernièrement par son assistant *Bliesener* un travail assez volumineux (*Monatschr. f. Gebh. u. Gyn.*, vol. III, 5, 6, vol. IV, 1) dans lequel les divers modes opératoires sont discutés d'une façon très complète : 40 opérations avec 2 cas de mort. Le nombre des opérations a actuellement atteint le chiffre de 56 cas avec 3 cas de mort d'après les réponses à mes circulaires. Les particularités techniques du procédé se résument dans le fait que les annexes sont attaquées par le feuillet antérieur du ligament large, et qu'une cloison péritonéale est formée par la suture des restes du ligament large de l'S iliaque, des appendices épiploïques si bien que la cavité pelvienne se trouve complètement isolée de la grande cavité abdominale. On renonce *a priori* à fermer l'ouverture péritonéale, et les adhérences intestinales sont attribuées au fait du tamponnement avec la gaze. — Les suites de l'opération de Bardenheuer, difficile et compliquée, ont presque toujours été très longues. Le séjour des malades à l'hôpital a été de 10 $^1/_2$ semaines en moyenne, et des opérations complémentaires graves ont souvent dû être pratiquées.

L'*opération vaginale*, peut-être moins radicale que le procédé abdominal, est cependant d'une exécution infiniment plus simple et beaucoup moins dangereuse.

VI. La salpingo-oophorectomie bilatérale peut être combinée avec une autre opération abdominale radicale : *l'hystérectomie susvaginale, ou amputation transversale du corps utérin*. C'est H.-A. Kelly, qui a pratiqué le plus souvent

cette opération dans des cas d'annéxite suppurée. Il existe en outre des cas de *Bode*, *Pfannenstiel* et de moi-même. Grâce à la ligature continue d'après l'excellente méthode de Zweifel, cette opération ne constitue guère une complication, d'autant plus qu'elle simplifie la formation du moignon des ligaments larges.

Toutes les fois que la conservation n'est pas indiquée, la cœlio-salpingo-oophoro-hystérectomie susvaginale sera l'opération radicale la moins dangereuse. On peut même la faire en conservant une portion plus ou moins grande des ovaires (*Zweifel*).

VII. *Question du drainage.*

Pourquoi il est indispensable dans les opérations abdominales.

Indications :

1. Toutes les fois que du pus virulent a contaminé la main de l'opérateur ou une région intacte du ventre.

2. Toutes les fois que l'hémostase n'est pas parfaite, ou qu'il y a eu pendant l'opération écoulement de pus virulent.

3. En cas d'existence de fistule avant l'intervention ou de perforation d'intestins, survenue pendant l'opération, ou à craindre dans la suite. Toutes les fois aussi que des fistules ou des perforations ont été occasionnées par la suture. Les fistules et les blessures intestinales ne doivent être opérées que par cœliotomie. (Voir Sänger, *Centralbl. für Gyn.*, 1895, 47, et L. v. Dittel, *Centralbl. für Gyn.*, 1896, 3.) Au point de vue technique on donnera la préférence au drainage par tamponnement d'après Mikulicz.

Ce tamponnement a été adopté par moi depuis que j'ai abandonné le drainage combiné par le tamponnement et les tubes de verre. (1892.) Je l'ai exécuté 13 fois dans 42 opérations d'annéxites suppurées, avec un cas de mort survenu immédiatement après l'opération, et présentant des conditions particulièrement défavorables.

Avantages et inconvénients du drainage.

Qu'il soit permis de faire remarquer à *Bardenheuer-Bliesener* que l'obstruction intestinale n'a jamais été observée, pas plus ici que dans d'autres cas de drainage par Miculicz.

Le drainage abdomino-vaginal à la gaze, recommandé en outre par Döderlein, ne garantit ni l'écoulement parfait des sécrétions, ni l'isolement du reste de la cavité abdominale, à moins qu'une cloison péritonéale n'ait été établie par dessus (von Ott, Zweifel et autres). Il n'est pas suffisant en cas de blessure intestinale, les matières fécales ne faisant issue qu'au bout de quelques jours. L'établissement d'une ouverture dans le vagin peut présenter des difficultés dans les cas de larges adhérences intestinales au fond du Douglas.

Grâce au drainage d'après Miculicz, que Pozzi et d'autres ont également conservé, l'on peut affronter toutes les difficultés d'une opération abdominale ; ni l'hémorrhagie, ni l'écoulement de pus, ni les lésions accidentelles,

particulièrement celles de l'intestin ne sont fatales. On peut toujours garantir la vie de la malade quitte à amener plus tard, sans grande difficulté, la guérison définitive. Le tamponnement supprime les soucis que doit éprouver celui qui a osé fermer le ventre dans des cas de ce genre.

VIII. *Résultats.*

Résultats personnels. Depuis mon dernier rapport (Vme congrès des gynécologues allemands à Breslau 1893), j'ai pratiqué la cœliotomie dans 36 cas de suppuration pelvienne grave. Une fois avec extirpation totale par voie abdominale, une fois avec amputation susvaginale, onze fois avec drainage d'après la méthode de Miculicz.

Toutes ces opérées ont guéri. (Voir les détails dans la communication principale.)

Les réponses que j'ai obtenues à mes questions sont trop incomplètes au point de vue des résultats pour que je puisse en tenir compte à cette place.

Les différences numériques concernant les diverses statistiques sont insignifiantes, et nous estimons que la question ne peut pour le moment être résolue par une simple statistique.

Des publications ont été faites en faveur de l'hystérectomie vaginale par *Segond, Richelot, Terrier, Jacobs, L. Landau,* et d'autres.

En faveur de la cœlio-salpingo-oophorectomie par *Chrobak, Schauta, Zweifel, A. Martin,* moi-même et d'autres.

Pour l'opération radicale abdominale par *Clinton-Cushing, Bliesener ;* une statistique comparative est due à *Max Landau* (clinique de Jacobs).

La supériorité du procédé vaginal sur la méthode abdominale (à l'exception de l'opération abdominale radicale) ne saurait en aucune façon être démontrée.

Les résultats des opérateurs les plus heureux sont parfaits pour les deux procédés opératoires ; ils présentent cependant une supériorité en faveur de l'opération abdominale.

L. Landau sur 109 opérations radicales vaginales indique un cas de mort (Vienne 1895) (dans sa monographie la plus récente il ne se trouve pas de nouvelle statistique) ; *Zweifel* par contre sur 216 opérations annexielles par l'abdomen n'a eu que deux cas de mort. (*Ges. f. geb. zu.* Leipzig, déc. 1895.)

Conclusion.

Les partisans des divers procédés opératoires devraient cesser de prôner le leur comme le seul appréciable, ou le meilleur. Il s'agit bien plutôt de déterminer pour chaque cas individuel lequel des procédés en question offre le plus d'avantages.

Que chacun tout en reconnaissant la valeur d'autres procédés opératoires tâche de perfectionner le sien, alors le progrès collectif ne fera pas defaut.

Le temps n est plus où une seule méthode oserait accaparer la vérité pour elle seule.

CONCLUSIONS

I. The Pelvic suppurations being very multiple, the most suitable and most conservative method must be selected in any particular case.

II. Consequently German Gynecologists uphold the following general principles :

1. There must be strict indications for the operation.
2. The intervention must be as conservative as possible.
3. The bacteriological, clinical and anatomical diagnostic must be our guide in the choice of the intervention in any given case.

III. Most surgeons discard nowadays vaginal hysterectomy and hystero-salpingo-oöphorectomy as the only method of treatment, or the one to be selected, in case of the most frequent and most important cases of pelvic suppurations, namely those originating in the appendages. They prefer to the two above-named operations more conservating methods and the abdominal operation.

Hysterectomy is not the only thing to be considered in the treatment of pelvic suppurations.

IV. General importance of preventive measures.

V. Respective value of the expectative and operative treatment.

VI. Special methods of treatment :

1. *Punction* is limited to inveterate cases of encysted abscesses or single purulent collections in the closed organs. Success can only be expected when the pus is sterile. The only cases to be treated by this method are those in which the purulent *foci* can be reached without danger of crossing the free pelviperitoneal cavity.

2. *Incision* applies :

a) To extraperitoneal purulent *foci*. The proceeding ought to be limited to real purulent collections. Connections of the ureter are to be considered. As to the phlegmonous pelvic exsudations consequent on the puer-perium, the frequent existence of which is proved by numerous scars, we must lay a great stress upon prophylaxis and make a timely treatment.

b) To intraperitoneal purulent *foci*; this operation may by called simple colpocœliotomy (generally posterior).

The simplest proceeding consists in the incision of the vagina by means of the thermocautery and opening of the foci with a dressing forceps. There is no necessity for irrigations, or filling of the cavity with gauze immediately after the operation; this will be done in the post-operatory treatment.

In order to obtain a larger opening we may add to this the median incision of the posterior wall of the cervix, besides the resection of the uterus (*Th. Landau*). I have operated myself two cases of anteuterine intraperitoneal purulent *foci* by simple anterior colpocœliotomy, and *Prochoronick* has indicated 6 cases.

Incision is especially to be selected in chronic and unique purulent collec-

tions containing pus almost always sterile ; it may be of some use in certain cases after merely explorative cœliotomy ; finally it may be resorted to in cases of suppurations consecutive upon incomplete radical vaginal operations.

Incision is also to be selected in certain acute cases such as free abscesses in Douglas' pouch, and suppurating hematoceles. In the latter cases it is only to be recommanded when symptoms of general peritonitis occur at the same time ; if there it is lacking, the operation of the hematocele etc. by cœliotomy is to be prefered.

The wide incision of Douglas' pouch and of the parametrium, in case of acute septic parametritis and pelviperitonitis. (*Henrotin, Jacoos*) has not yet been fully tested.

In the question, wich is now under discussion, we can to-day oppose to hysterectomy (uterine castration of *Péan*), which is no longer considered as the only operation to be selected, and to the extirpation by the radical vaginal method of encysted purulent *foci*, which is not always possible, the incision through the vagina of the cavities of the purulent collection with preservation of the uterus. The latter operation is liable to improvements in the future, and its relative value aforesaid is equal to the value of incision of multiple abscesses of the kidneys instead of nephrectomy.

To following by the sight the process of the finger from the vaginal incision *H. A. Kelly* opened the abdomen.

c) Cœliotomy is always indicated in purulent collections whose size amounts to real tumors, as well as in suppurated cystic and other neoplasmes. Simple cœliotomy and drainage suffices in encysted *foci*. remnants of purulent (and tuberculous) peritonitis, if however the removal of the appendages or of other suppurated organs is not demanded.

Suppurated organs must be entirely exstirpated (such as larger purulent pouches originating in tubes and ovaries, suppurated tubal or tubo-abdominal pregnancies, ovarian suppurated cysts, etc.). Simple incision of the focus in one or two acts has to take place only in cases of absolute necessity. A combined operation consists in opening firstly the focus, then closing it by sutures from the abdominal cavity after complete evacuation, and draining through the vagina. (*A. Martin.*)

3. The difficults as to the choice of an operatory treatment, in connection with the opening of the abdominal cavity, in suppurated diseases of the appendages have recently been enhanced through the increased number of the proposed operatory proceedings :

Classification of operatory proceedings.

I. Operations through the vagina.

1. Anterior colpocœliotomy (*Dührssen, A. Martin*, etc.).

2. Posterior colpocœliotomy (*Atlee, Hegar, Battey, Byford, Laroyenne, L. Landau, Mackenrodt* and others).

3. Anterior and posterior colpocœliotomie (*Bode, von Erlach, Gottschalk*), all combined with uni- or bilateral salpingo-oophorectomy.

4. Colpohysterectomy (uterine castration of *Péan*).

5. Colpo-hystero-salpingo-oophorectomy « radical operation through the vagina » (*Péan, Segond, Doyen, L. Landau*).

II. Abdominal operations.

1. Uni- or bilateral cœlio-salpingectomy and cœlio-salpingo-oophorectomy.

2. Total cœlio-salpingo-oophoro-hysterectomy (radical abdominal operation, *Krug*, *Polk*, *Delagenière*, *Schauta*, *Bardenheuer*, etc.).

3. Bilateral cœlio-salpingo-oophorectomy combined with supra-vaginal, hysterectomy (*Zweifel*, *H.-A. Kelly*, *Sänger*).

III. Abdomino-vaginal hystero-salpingo-oophorectomy, commenced most often through the vagina and ended by the abdominal section (*L. Landau*).

IV. Sacral or parasacral cœliotomy (*Hegar*, *von Hochenegg*, *Czerny*, *Schede* and others). This operation is performed only by a few surgeons in rare cases.

This table shows, that there are two sorts of operations, vaginal and abdominal, each of them forming a distinct chain extending from conservative to radical operations. This state differs somewhat from what had been the fact in 1892. Indeed at that time we could set in opposition to vaginal hysterectomy, which had not yet been sufficiently inproved in order to become a radical operation, only the abdominal Salpingo-oophorectomy.

The recognition of the harmful influence of premature exstirpation of ovaries or of complete exstirpation of the whole internal generative organs, especially in younger persons, has led to vaginal and abdominal conservative operations.

The treatment of all the symptoms arising often from these mutilations (cachexia oophoripriva *L. Landau*), which consists according to *Brown-Séquard*, in feeding the patient with ovarian tissues and in hypodermic injections of ovarian juice, is just beeing put to the test.

At any rate it is infinitely preferable to save all that can be preserved of the ovaries and uterus rather than have recourse later to ovarian or uterine alimentation, has also already been done. « *Parce ovario et utero si possis.* »

Thus we have on record many cases, in which the suppurated appendages of one or both sides have been removed by *anterior* and *posterior colpocœliotomy*.

As far as anterior colpocœliotomy is concerned, many cases have been reported to me, besides the cases already published by *Dührssen*, *Kossmann*, *Riedinger*, *by Bode*, *Czempin*, *von Erlach*, *A. Martin*, *Præger*, *Prochownick*, *Simon*.

As to posterior colpocœliotomy, much more now in use, *Goullioud*, *Laroyenne's* pupil, has already published a report at the congressin Bruxelles 1892, and also more recently *Mackenrodt*.

Other cases have been reported to me by *Bode*, *Czempin*, *Everke*, *Günther*, *Kötschau*, *Leopold*, *Meinert*, *Prochownick*, *Simon*, *Wehmer*.

Radical operations are fully justifiable, when the disease is serious enough to demand total exstirpation of the affected organs.

Hende results, that we most discard entyrely the vaginal exstirpation of a normal uterus, when this exstirpation is only a preparatory means allowing to reach the appendages.

Looking upon the uterus as a « *quantité négligeable* » entails grave consequences :

A radical operation either through the vagina or in the abdomen is, for instance, not justifiable : in uni-or bilateral purulent salpingitis, when the abdominal orifice of the tube is still patent ; in slight affection of purulent salpingitis, of ovarian abscess, in non purulent chronic affections of the

appendages, in simple chronic inflammation of the uterus (hyperplastic Endometritis, chronic gonorrhœal Endometritis, chronic Perimetritis). It is better to leave a menstruating uterus, even if slightly diseased and requiring treatment than no uterus at all.

On the other hand a radical operation is entirely justifiable in serious suppurations of the appendages, the pelvic peritoneum, the pelvic connective cellular tissue, when these last named affections coexist with a serious uterine disease, which of itself already would demand the exstirpation of that organ (myoma, carcinoma, sarcoma, mild affections of the endometrium giving rise to profuse hemorrhages etc). or in case a purulent afiection of the appendages invades the uterus, also in cases of tuberculosis. *Landau's* « complicated pelvic abscess » i. e. the combination of bilateral tubal ana ovarian puppurations wits purulent foci in the cavity of the pelvis and in the connective pelvic tissues, is very rare.

In most cases, even in very serious cases of pyosalpinx and pyovarium, they are only surrounded by the inflammatory masses : in most cases, they are multiple purulent *foci*, situated in the ovarium, which simulate suppuration of the connective tissue, and do not seem to be situated between the ligaments (*Pawlick*).

The age of the patient is also to be considered; for the indications for operating are as stronger as she is nearer to the climateric.

For the treatment of pelvic suppuration and especially of suppurated appendages the contest is still open between the advocates of the radical operation through the vagina and those of salpingo-oophorectomy and tolal exstirpation, both abdominal.

There is double disagreement *a*) as to the radical operation itself through the vagina and its use; *b*) as to the use of forceps instead of ligatures.

In Germany medical opinion has altered, since 1892, in as much as radical operations are more advocated than formerly ; but ligatures are still preferred

Most of operators still prefer the abdominal Salpingo-oophorectomy, the Hysterectomy, and vaginal Hystero-salpingo-oophorectomy, with ligatures, while recognizing *Péan's* genius, who first used forcipressure in radical operations through the vagina for pelvic suppurations.

The different operatory proceedings of *Péan's* pupils and adepts, *Segond, Richelot, Terrier, Jacobs* etc. have been fully appreciated in Germany, and we have also recognized the value of the modifications introduced into *Péan's* primitive methods, such as : median incision of the uterus, omission of preventive hemostasis, after *Doyen*, and total median section of the uterus after *Müller-Quénu*. However, although *Péan's* methods and its modifications by *Doyen*, have found in *L. Landau* and his followers ardent advocates, who have been very successful, yet German gynecologist perform only as an exception vaginal Hysterectomy and radical operatian through the vagina, and seldom with forceps whilst they operate even the most difficult cases of suppurations by the abdominal way. My assertion is based upon the statement of about 60 German gynecologists, in answer to my question as to which method they preferred abdominal or vaginal, The 25 following Gynäcologists have never performed vaginal hysterectomy for pelvic suppurations : *Dohrn, Eckhardt, Ehrendorfer, Fehling, E. Fraenkel, Frommel, Gottschalk, Graefe, Gusserow, Kehrer, Keller, Klein, Kümmell, Osterloh, Präger, Runge, Schramm,* (uses clamps for hysterectomy), *Schuchardt, Simon, Staude, Stumpf, Walcher, Wiedow, von Winckel, Zweifel.*

All the others have performed vaginal Hysterectomy as an exception, almost always with ligatures, meaning that they have not operated by the vagina the most severe cases namely those for which clamps are absolutely necessary.

Some of them assert, that they operate through the vagina only when they expect no or few adherence. Others quote just one or 2 cases. Finally some lead us to suppose that they have operated chronic affections of the appendages. which were not suppurated. Some others having commenced by a vaginal Salpingo-oophorectomy have been obliged to end it by the removal of the uterus.

The following operate *only with ligatures : Asch* (few cases), *Bode Czerny. Ererke. von Erlach. Günther, Kötschau. Leopold* (the first in Germany) *A. Martin, Meinert. Hermann* (one case), *Schauta* (used clamps only as a trial) *Thorn. Werth.*

Used alternatively clamps and ligatures : Baumm. Bumm. Hofmeier, Küstner, Prochownick. von Rothorn, Wehmer. Yet most of them prefer ligatures. *Prochownick* alone « uses especially clamps in suppurated affections. Clamps alone have been employed by *Czempin* » since 9 months and only in cases where no strong intestinal adherences were expected ; » by *Pfannenstiel* in 2 cases, *Döderlein* in 4 cases, while before he operated 58 cases of salpingo-oophorectomy by the abdominal way.

Five surgeons alone have lately accepted the vaginal radical operation, *Bode. Bumm. Döderlein, Schauta. Werth, Döderlein,* alone employed exclusively the forceps in his 4 cases. *Bumm* and *Schauta* aimed at the exstirpation of the gonnorrhœal uterus. Since November 1893 I have performed 44 times the vaginal Hysterectomy and Hystero-salpingo-oophorectomy. according to *Pean's* method, allmost as modified by *Doyen*, and in very different indications, including very few cases of pelvic suppurations and chronic affections of the appendages alone ; but lately I have resumed the use of ligatures as well as *Jacobs*. In the same time I have operated 36 cases of pelvic suppurations by the abdomen, all my patients recovered.

The principal objections to vaginal Hysterectomy and to Hystero-salpingo-oophorectomy are the same as formerly, namely : Beginning fo the operation by the uterus and not by the affected appendages ; impossibility of stopping the operation to make it conservative ; a good survey of the operating field cannot be obtained ; other purulent *foci* (Appendicitis) may go unnoticed ; absolute impossibility in certain cases to perform a radical operation, danger of wounding the neighbouring organs, especially the intestine, danger of hemorrhage in case of lacking of the clamps etc.

On the other side, the disadvantages of the forceps are the following ; inconvenient position of the patient after the operation, consecutive hemorrhage, lesions of the intestine, danger of infection by the mortifiing stumps, and, before all, non closing of the abdominal cavity. It must however be observed, that this last disadvantage is not really inconvenient in cases of pelvic suppurations, for the pelvic cavity is generally separated from the abdominal, and the large opening of the pelvic cavity may be desired.

In cases of slight suppurating diseases of the appendages, when in operating one does not find free pus, and when the pouches are not opened, one can entirely close the peritoneal cavity.

Since *Kaltenbach* and *Olshausen* have introduced this closing into care (*Olshausen*'s paper in the last German surgical congress of 1896), we attach

much importance to it, and this is the principal reason, why German gynecologists prefer the ligatures.

It is not the same, when the radical vaginal operation is selected for severe bilateral suppurations of the appendages, or for complicated pelvic abscesses ; for in these cases, the operation with clamps is certainly much easier and more convenient, and the pelvic cavity has to be left open.

In favour of the abdominal operation, it can be said, that the technic of abdominal surgery has also improved, as well as his danger has diminished, owing to :

a) The use of asepsis.

b) The ether anaesthesia.

c) *Trendelenburg's* position.

d) The drainage with gauze.

e) A better closure of the abdominal wound.

f) The same reasons have facilitated a more radical intervention than the vaginal exstirpation namely the radical abdominal exstirpation, which is the most radical operation, and originated on one side in the total exstirpation of the myomatous uterus *(Bardenheuer, A. Martin, Krug, Polk, Penrose, Baldy,* and others, most Americans) on the other side is the fact that, after vaginal Salpingo-oophorectomy, the uterus being preserved, the pedicles and ligatures may give rise to many troubles and painful symptoms, necessitating in single cases subsequent exstirpation of the uterus through the vagina. *(Chrobak, Schauta.)*

The operation has been performed som oftenest by American surgeons (v. *Clinton Cushing's* list, in *Monatsch. für Geb. u. Gyn.* I. 6).

Schauta, on the VIth Congres of German Gynecologists (Vienna, 1895) relates 30 cases, with 2 deaths. He has recently performed the radical vaginal operation (Wertheim's private communication to me).

It results from the answers to my circulars, that many German gynecologists perform, but only in rare cases and under special indications, the supravaginal cœlio-hysterectomy or total cœlio-hysterectomy in cases of suppurated appendages, I also did the same.

Thus the radical abdominal operation has been performed by *Czempin* — 5 cases, 3 deaths. *Döderlein* — 2 cases, *Everke* — numerous cases — *v. Rosthorn.*

Bardenheuer has recently published through his assistant *Bliesener* a the large paper (*Monats. f. Geb. u. Gyn.,* III., 5, 6 and IV., 1), in which various operatory methods are thoroughly discussed.

40 operations with 2 deaths. The number of his operations, according to the answer to my circular amounts actually to 56, with 3 deaths. The technical peculiarity of his operation lies on the point, that the operator attacks the appendages by the anterior blade of the broad ligament, and that he makes a peritoneal septum in suturing the rests of the broad ligament, of the sigmoid flexure, of the epiploic appendices, so as to completely isolate the pelvic cavity from the general peritoneal cavity. He renounces at once to closing the peritoneal opening, and the intestinal adhesion are attributed to the immediate plugging with gauze. — The after treatment of Bardenheuer's operation, difficult and complicated as it is, has almost always but very protacted. The patients remained in the hospital 10 $^1/_2$ weeks, as an average, and severe complementary operations have often had to be performed on them.

Hence the *vaginal operation*, perhaps less radical than the abdominal, is however infinitely simpler and far less dangerous in its execution; *it must be considered as the one to be selected.*

6. The bilateral Salpingo-oophorectomy may be combined with an other radical abdominal operation, namely the *supra-vaginal Hysterectomy*, or *transversal amputation of the uterine body*. It is *H.-A. Kelly*, who has most often performed this operation in cases of suppurated appendages. There are however in record other cases by *Bode*, *Pfannenstiel* and myself. Owing to *Zweifel's* excellent method of continuous ligature, this operation can hardly be called a complication, so much the more so, that it simplifies the formation of the ligamentary stumps.

Every time, that preservation is not indicated, the supra-vaginal cœlio-salpingo-oophoro-hysterectomy will be the least dangerous radical operation.

It can even be performed while preserving parts of the ovaries (*Zweifel*).

VII. *Question of drainage.*

Reasons why it is indispensable in abdominal operations.

Indications :

1. Every time that virulent pus has contaminated the operator's hand or an unimpaired part of the abdomen.

2. Every time that the hemostasis is not perfect, especially when there is a discharge of virulent pus.

3. In case of the existence of a fistula before the operation, or of perforation of the intestine happening during the operation, or likely to happen afterwards. Every time also, when fistulæ or perforations have been closed by the suture.

Fistulæ and intestinal lesions must be operated only by cœliotomy.

(V. *Sänger*, *Centr.-Bl. f. Gyn.* 1895, 47, and *von Dittel*, ibid. 1896, 3.)

From a technical point of view preference shall be given to drainage by plugging, according to *Miculicz*.

I have taken up this plugging since I have given up drainage with gauze and glass tube. — 1892.

I have performed it 13 times in 42 operations for suppurated appendages, with one fatal case, death resulting immediately upon the operation, this case was an extremely complicated one.

Advantages and disadvantages of drainage. May I be allowed to point out to *Bardenheuer-Bliesener* that intestinal obstruction has never been observed, not any more in this case than in other cases of drainage according to *Miculicz*?

The abdomino-vaginal drainage with gauze, as used by *Döderlein* in $^1/_3$ of his cases, does not warrant either perfect draining of the secretions, or isolation from the rest of the abdominal cavity, unless a peritoneal septum should have been established above (*von Ott*, *Zweifel* and others). It is not sufficient in case of intestinal lesion as the feces come out through the wound at first after a few days. The opening to the vaginal may meet difficulties in cases of wide intestinal adhesions at the bottom of Douglas' pouch. Owing to *Miculicz's* drainage, which *Pozzi* and others have also sustained all the difficulties of an abdominal operation can be faced: neither hemorrhage, discharge of pus, accidental lesions, nor especially the intestinal ones are fatal: one can operate in a much more radical manner and with less danger, less anxiety for the patients life than in closing the abdominal cavity or doing imperfect drainage.

VII. *Results.*

Own results.

Since my last report (V^th^ German gyn. Congress, Breslau 1892) I have performed cœliotomy in 36 cases of serious pelvic suppuration, including one total abdominal exstirpation, one supravaginal amputation, 11 Miculicz's drainages. All the patients recovered (see details as per report).

My circulatory letters in regards of statistics have been answered in such an incomplete manner, that they cannot be taken into account in this paper.

Statistical differences are so slight that they do not yet afford data enough for final conclusions.

Segond, *Richelot*, *Terrier*, *Jacobs*. *L. Landau* and others have published statistical lists on vaginal hysterectomy; *Chrobak*, *Schauta*, *Zweifel*, *A. Martin*, myself and others on cœlio-salpingo-oophorectomy; *Clinton Cushing*, *Bliesener* on radical abdominal operations; *Max Landau* (*Jacob's* clinic) furnished us with comparative statistics.

The vaginal method cannot be said to be superior to the abdominal method with the exception of radical abdominal operation.

Excellent results have been obtained by the most fortunate operators from both methods; nevertheless the abdominal method gives better results.

L. Landau out of 109 radical vaginal operations reports one fatal case (Vienna 1895); in his recent book we find no new statistics; *Zweifel* also reports only 2 fatal cases out of 216 abdominal operations on the appendages (meeting of the Gesellsch. f. Gebh. zu Leipzig. Dec. 1895).

Conclusions.

Advocates of the different operatory methods ought to avoid to pretend an absolute superiority for their own proceeding. Every approbiate treatment may be justified and in every individual case is far better to take into serious consideration the special advantages offered by each one of the methods.

Let every one strive to perfect his own opėratory methods, while recognizing at the same time the value of others; the result will then become collective improvement and progress.

The time is gone where one single method would dare to claim an exclusive privilege of truth.

Rapport de M. le Dr-Prof. Howard A. KELLY, de Baltimore.

OPERATIVE TREATMENT OF PELVIC INFLAMMATORY DISEASE

A. **Determine first the exact seat of the abscess, and open such as are situated in the cellular tissue.** (Noble, Medical News, Aug. 29, 1891. *Four cases of True Pelvic Abscess)*.

Four operatives methods upon the tubes and ovaries:

a. Massage for those cases that can be easily and completely evacuated through the uterus by bimanual pressure.

b. Preeminently, in the operative treatment, evacuate and drain *per vaginam*.

c. Conservative operative treatment after opening the abdomen.

d. Simple salpingo-oophorectomy; occasionally associated with excision of one cornu uteri.

e. Hystero-salpingo oophorectomie.

B. **Evacuation and drainage through the vagina.**

Cases in which vaginal evacuation and drainage should be tried first before resorting to abdominal section.

1. Dense inflammatory masses lateral or posterior to uterus in close contact with vaginal fornix, or walled off from general peritoneal cavity by adhesions.

2. Old inflammatory cases in which a fistulous tract opens into rectum, bladder, or anterior abdominal wall.

Reasons why this method is preferable in suitable cases.

1. Complete recovery is possible.

2. No nervous disturbance like that following the hystero-salpingo-oophorectomy.

3. Menstrual and child bearing functions preserved.

4. Short convalescence in bed eight to ten days.

5. No danger of wounding little intestines like that liable to be met with in a difficult enucleation of a densely adherent mass in pelvis.

6. Lowest mortality possible.

Dangers of operation.

1. Hemorrhage.

2. Perforation of rectum or intestine (two cases).

3. Peritonitis from escape of pus into abdominal cavity (no cases).

4. Injury of bladder, or of a ureter (no cases).

Cases not likely to be completely relieved.

1. Where in addition to the abscess cavity there is dense indurated tissue (cellulitis) extending out to pelvic walls, pressing upon nerves, blood vessels and ureters, as in cases discharging by the rectum or the bladder.

2. Where there is a dense stricture of rectum due to surrounding inflammatory tissue, the abscess may be relieved but the stricture will remain and possibly give trouble later.

Necessity of doing exploratory section in many cases.

1. To locate accurately diseased structures and to see whether radical operation is not more certain to bring relief.

2. To avoid puncturing an intestine which may lie between abscess and vaginal fornix.

3. To facilitate the thorough evacuation of pus by properly guiding scissors into old abscesses, loculated sacs, or double pyosalpinx.

Cases in which vaginal evacuation and drainage is of the greatest value.

1. In yung married or unmarried women ; in the case of girls who have not come to maturity even seriously diseased organs should not be removed, until every other means of cure has failed.

2. In all cases where one or more large abscesses can be distinctly outlined through the vaginal vault.

3. In cases where the patient is so weak that she cannot possibly stand a cœliotomy.

Operation.

Differentiation between cases:

A. in which vaginal evacuation and drainage are sufficient,

B. those where exploratory cœliotomy is done first.

a) *Where exploratory cœliotomy is done first.*

1. Cleansing of vagina.

2. Operator make exploratory incision and if he decides to vaginal incision, the subordinate assistants place patient in perineal posture, first assistants and operator keeping their hands clean.

Abdominal incision is protected by a pad of gauze.

3. Operator should keep one hand absolutely clean, so that, if necessary, he may make a bimanual examination through the abdominal incision, while the other hand is inserted into the vagina.

If the abdominal hand is removed and comes in contact with vagina it should not be reintroduced into the abdomen without beeing cleansed.

4. After vaginal incision under countrol of one hand in the abdomen first assistant closes abdomen.

b) *Simple vaginalincision.*

1. Disinfect vagina.

2. Locate most accessible point for incision directly behind the cervix, or a little to the right or left being careful to avoid uterine arteries, ureters and bladder.

3. Insert scissors on index finger, in the direction of the pelvic axis, thrust into sac, and withdraw partly open.

4. Dilate, if necessary, with large uterin dilators to make the opening 3 or 4 cm. larger.

5. Irrigate cavity with sterilized salt solution, but if there is a possibility that the peritoneal cavity has been opened, *do not irrigate.*

6. When peritoneum is opened, use extreme care in cleaning out every particle of pus and in removing the lining membrane of the sac with the finger-nail; then carefully protect the entire pelvic floor with a gauze drain brought out at the vaginal incision.

7. Drainage { Gauze. Rubber tube. Silver tube.

Note. The Knife, or a cautery (Cleveland) may be used to make the opening.

After care of patient.

1. Withdraw tube in five days, irrigate cavity with a weak solution of boric acid or hydrogen peroxide, using small curred glass douche nozzle.

2. Insert new tube or pack with gauze; remove at the end of three days.

3. Irrigate vagina twice daily with boric acid douche, until discharge ceases.

4. Let patient get out of bed on the eighth day, if the convalescence is uninterrupted, otherwise keep her abed fifteen days.

Clinical course of cases.

1. Occasional high temperature for first few days after incision, probably due to absorption of septic matter from the wound.

2. Rapid fall of temperature, to normal in from three to ten days.

3. Rise of temperature, if opening closes too soon.

4. Fistulous tract usually closes in from ten to twenty days, rarely remains patulous.

5. In old cases where fistulous tract communicates with rectum or anterior abdominal wall, it may be necessary to keep vaginal fistula open for two or three months in order to allow the old tract to heal.

Results.

Cured	15.
Partially relieved	9.
Not relieved	4.
Returned for second or third puncture or incision per vag	5.
Returned for evacuation of appendical abscess	1.
Returned for radical operation	3.
Not heard from	1.
Died	1.

Condition of pelvic organs after recovery of patient.

Disappearance of adhesions in some cases, considerable induration in others.

C. Conservative operative treatment through an abdominal incision.

1. Free pus tubes from their adhesions, push down into cul-de-sac, and puncture. Drainage with gauze.
2. Excision of one tube and of one ovary of the opposite side.

D. Salpingo-oophorectomy simple or combined with the excision of one cornu uteri.

1. Tubes filled with small abscess cavities (Chrobak).
2. Simple pyosalpinx with isolated purulent foci in cornu uteri.

E. Hystero-salpingo-oophorectomy.

Suitable cases.

1. Simple double pyosalpinx, not accessible to vaginal puncture, and in cases not which cannot be satisfactorily drained into the vagina after opening the abdomen.
2. Densely adherent double pyosalpinx with associated metritis and purulent endometritis.
3. Pelvic abscess associated with appendicitis.
4. Pelvic abscess associated with adhesions partially obstructing the small intestine.
5. Pelvic abscess in which there is a fistulous tract leading into sigmoid flexure or into small intestine.
6. Pelvic abscess associated with myomata.

Method of performing hystero-salpingo-oophorectomy by continuous tranverse incision from left to right or vice versa.

Advantages.

1. Greater ease.
2. Structures always in view.
3. Inflammatory masses rolled up and out, thus attacking them from least adherent area.
4. Vessels easier clamped and ligated.
5. No necessity for abdominal drainage.

6. Freedom from post-operative sequelæ — adhesions, intestinal obstruction, peritonitis.

Method of draining through cervical stump.

Cervical canal widely dilated or amputed and piece of gauze pushed from abdomen down through the aperture into vagina. Peritoneum brought together over stump by continuous catgut suture.

Clinical course of typical case.

1. No shock.
2. Rapid convalescence.
3. Out of bed in from sixteen to twenty-one days.
4. No fistulæ urinary or rectal.
5. Prolapsus of cervical stump in one case only.
6. No hernie, if abdomen is closed with silver wire.

Results of cases from my clinic in the John Hopkins Hospital, Baltimore.

Prof. Howard A. KELLY.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES SUPPURATIONS PELVIENNES

Traduction de l'anglais.

A. **Déterminer en premier lieu le siège exact de l'abcès et inciser ceux qui siègent dans le tissu cellulaire (Noble, Medical News, 29 Aug. 1891, 4 cas de véritables abcès pelviens).**

Cinq méthodes opératoires intéressant les trompes et les ovaires.

a. Massage dans les cas où la collection peut être facilement et complétement évacuée à travers l'utérus par compression bimanuelle.

b. Evacuation et drainage par le vagin.

c. Traitement opératoire conservateur par laparotomie.

d. Salpingo-oophorectomie simple ou combinée occasionnellement avec l'amputation d'une corne de l'utérus.

e. Hystéro-salpingo-oophorectomie.

B. Evacuation et drainage par le vagin.

L'évacuation et le drainage par le vagin doivent être essayés de prime abord, avant de recourir à la laparotomie dans les cas suivants :

1. Lorsqu'il existe des masses inflammatoires compactes, siégeant sur les côtés ou en arrière de l'utérus, qui sont en contact immédiat avec le vagin et sont séparées par des adhérences de la cavité péritonéale.

2. Pour les cas anciens où il existe un trajet fistuleux s'ouvrant dans le rectum, la vessie ou au niveau de la paroi abdominale antérieure.

Dans les cas indiqués, on doit préférer cette intervention pour les raisons suivantes :

1. Possibilité d'une guérison définitive.
2. Il ne survient pas après elle de troubles nerveux, comme c'est le cas après l'hystéro-salpingo-oophorectomie.
3. Les fonctions de la menstruation et de la conception sont conservées.
4. Guérison rapide, en 8 à 10 jours.
5. Point de danger pour l'intestin grêle, comme c'est le cas pendant l'énucléation difficile d'une tumeur pelvienne adhérente.
6. La plus basse mortalité possible.

Dangers de l'opération.

1. L'hémorrhagie.
2. La perforation du rectum ou de l'intestin (2 cas).
3. Péritonite par pénétration du pus dans la cavité abdominale (aucun cas).
4. Lésions de la vessie ou de l'uretère (aucun cas).

La guérison ne sera pas complète dans les cas suivants :

1. Lorsque en plus de l'abcès il existe de la cellulite s'étendant aux parois pelviennes, comprimant les troncs nerveux, les vaisseaux et les artères, comme dans les cas de fistules rectales ou vésicales.

2. Lorsqu'il existe un rétrécissement notable du rectum, dû à la présence de tissu inflammatoire périrectal; ce rétrécissement persistera après guérison de l'abcès et donnera lieu à des troubles post-opératoires.

Dans quelques cas on se verra obligé de faire une incision exploratrice.

1. Pour se rendre un compte exact de l'état des lésions et examiner si une opération radicale n'est pas nécessaire.
2. Pour éviter de ponctionner l'intestin, placé quelquefois entre l'abcès et la paroi vaginale.
3. Pour faciliter l'évacuation complète du pus en guidant l'instrument dans les cavités d'anciens abcès ou dans les poches de pyosalpinx doubles.

L'évacuation et le drainage vaginaux sont surtout indiqués :

1. Chez les jeunes femmes mariées ou chez les filles auxquelles on ne doit pas proposer une opération radicale avant d'avoir essayé tous les traitements conservateurs.
2. Dans tous les cas où l'on peut reconnaître la présence d'un ou de plusieurs gros abcès.
3. Lorsque la malade est dans un état de faiblesse tel, qu'elle ne pourrait résister à une laparotomie.

Opération.

Différencier après examen préalable les cas pour lesquels l'évacuation et le drainage vaginaux suffisent et ceux où l'évacuation et le drainage seront précédés d'une incision exploratrice.

a. *Laparotomie exploratrice précédant la ponction vaginale.*

1. Désinfection du vagin.
2. Si, après incision exploratrice, le chirurgien se décide pour la colpotomie, des assistants secondaires placent la malade en position périnéale, et de cette manière l'opérateur et ses aides gardent leurs mains désinfectées. L'incision abdominale est recouverte d'une compresse de gaze.

3. L'opérateur devra conserver l'une de ses mains toute désinfectée au cas où l'exploration bimanuelle à travers l'incision abdominale devienne nécessaire ; il devra se désinfecter à nouveau si ses deux mains viennent en contact avec le vagin.

4. Après incision faite sous le contrôle d'une main dans le ventre, le premier assistant fermera l'abdomen.

b. *Simple incision vaginale.*

1. Désinfection du vagin.

2. Choisir l'endroit le plus favorable pour l'incision, directement derrière le col ou légèrement à droite ou à gauche en évitant soigneusement les artères utérines, les uretères, la vessie.

3. Introduire des ciseaux dans la poche purulente en les guidant sur l'index et en suivant la direction de l'axe pelvien et élargir l'ouverture.

4. Employer même si c'est nécessaire de gros dilatateurs utérins pour faire une ouverture de 3—4 cm.

5. Laver la poche à la solution salée physiologique, *sauf s'il y a lieu de supposer* une communication avec la cavité péritonéale

6. Pendant la laparotomie prendre un soin extrême d'enlever toute particule de pus et de détacher avec l'ongle toute la membrane tapissant la paroi du sac. On tamponnera ensuite tout le plancher pelvien à la gaze jodoformée, qui drainera par l'incision vaginale.

7. Drainage { A la gaze. / Avec tuyau de caoutchouc. / Avec une canule en argent. }

* Note. On pourra aussi employer le bistouri ou le thermo cautère pour faire l'incision (Cleveland).

Soins consécutifs.

1. Laisser le drain 5 jours, en irriguant la cavité avec une faible solution boriquée ou de peroxyde d'hydrogène et en employant un irrigateur à canule en verre.

2. Changer le drain ou la gaze après 5 jours; les enlever définitivement après trois autres jours.

3. Faire 2 fois par jour des irrigations vaginales avec la solution boriquée jusqu'à cessation de tout écoulement.

4. La malade se lèvera le 8me jour, si la convalescence suit son cours normal, sinon exiger 15 jours de lit.

Observations cliniques des cas.

1. Parfois température élevée pendant les quelques premiers jours après l'incision, due probablement à la résorption de matière septique par la plaie.
2. Retour de la température à la normale du 3me au 10me jour.
3. Nouvelle élévation de la température si l'ouverture de l'incision se ferme trop tôt.
4 Le trajet fistuleux se ferme d'habitude du 10me au 20me jour; il reste rarement ouvert.
5. Dans les cas de longue durée, lorsqu'il existe un trajet fistuleux communiquant avec le rectum, la vessie ou la paroi abdominale antérieure, il faudra souvent maintenir la fistule vaginale ouverte pendant 2 à 3 mois, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'ancien trajet fistuleux soit fermé.

Statistique.

Guérisons complètes	15	cas.
» partielles	9	»
Non guéries	4	»
Revenues pour une 2me ou 3me ponction ou incision vaginale	5	»
Revenues pour l'incision d'une appendicite suppurée	1	»
Opération radicale consécutive	3	»
Non revue.	1	»
Morte	1	»

Etat des organes pelviens après guérison des malades.

Dans quelques cas disparition, dans d'autres, persistance des adhérences ou d'une forte induration.

C. Traitement opératoire conservateur, par laparotomie.

1. Libération des trompes purulentes de leurs adhérences, ponction à travers le cul-de-sac après les avoir rapprochées du vagin et emploi du drainage à la gaze.
2. Ablation d'une trompe ou d'un ovaire d'un seul côté.

D. Salpingo-oophorectomie simple ou combinée avec l'amputation d'une corne utérine.

1. Ovaires remplis de petits abcès miliaires (Chrobak).
2. Simple pyosalpinx avec foyer purulent isolé dans la corne utérine.

E. Hystéro-salpingo-oophorectomie.

Indications.

1. Pyosalpinx double simple, inaccessible par ponction vaginale et dans les cas où après laparotomie on ne pourra drainer par le vagin d'une manière satisfaisante.
2. Pyosalpinx double adhérent, accompagné de métrite et d'endométrite purulentes.
3. Abcès pelviens accompagnés d'appendicite.
4. Abcès pelviens compliqués d'adhérences, comprimant l'intestin grêle.
5. Abcès pelviens avec trajet fistuleux, aboutissant à la courbure sigmoïde ou à l'intestin grêle.
6. Abcès pelviens accompagnés de myomes.

Méthode opératoire de l'hystéro-salpingo-oophorectomie par incision transverse continue en opérant de gauche à droite ou vice-versa.

Avantages de cette manière d'opérer.

1. Grande facilité.
2. On se rend facilement compte de l'état des lésions.
3. On enlève plus facilement les tumeurs, en les attaquant par le côté où elles sont le moins adhérentes.
4. Pincement et ligatures faciles des vaisseaux.
5. Le drainage par l'abdomen n'est pas nécessaire.
6. Absence de résidus post-opératoires, d'adhérences, d'obstruction intestinale, de péritonites.

Méthode de drainage à travers le pédicule utérin.

Dilatation ou ablation du col et introduction de gaze depuis l'abdomen dans le vagin à travers l'orifice. On suture le péritoine en surjet par dessus le pédicule utérin.

Suites opératoires.

1. Pas de shock.
2. Convalescence rapide.
3. Guérison du 16me au 21me jour.
4. Absence de fistules urinaires ou rectales.
5. Dans un seul cas prolapsus du pédicule cervical.
6. Absence d'hernie si l'on suture la paroi abdominale au fil d'argent.

Résultats obtenus d'après l'observation de mes malades du *John Hopkins Hospital, Baltimore.*

Prof. Howard A. KELLY.

DIE OPERATIVE BEHANDLUNG DER BECKENEITERUNGEN

Aus dem Englischen übersetzt.

A. **Den exacten Sitz des Abscesses zuerst feststellen und öffnen diejenigen, die ihren Sitz im Zellgewebe haben (Noble, Medical News, 29. Aug. 1891, vier Fälle von wirklichen Beckenabscessen).**

Behandlungs-Methoden über Tuben und Eierstöcke.

a. Massage in den Fällen, wo die Collectio durch den Uterus bei bimanuelle Compression leicht und vollkommen evacuirt werden kann.
b. Ausräumung und Drainage per vaginam.
c. Conservative, operative Behandlung per laparotomiam.
d. Einfache Salpingo-Oophorectomie, hie und da vergesellschaftet mit der Abtragung eines Uterushornes.
e. Hystero-Salpingo-Oophorectomie.

B. Ausräumung und Drainage per vaginam.

Fälle, in welchen diese vaginale Behandlungsmethode versucht werden muss, bevor man zur Laparotomie greift :

1. Bei dichten Exsudatmassen, die entweder seitlich oder hinter dem Uterus liegen und die in Verbindung mit dem Scheidengewölbe stehen oder durch Adhäsionen von der Peritonealhöhle abgeschlossen sind.

2. Bei Fällen chronischer Entzündung, in welchen eine Fistel im Rectum, in der Blase oder in der vorderen Abdominalwand besteht.

Gründe, warum diese Methode in den angeführten Fällen vorzuziehen ist :

1. Möglichkeit einer definitiven Heilung.
2. Wir haben keine nervösen Störungen zu verzeichnen, wie solche der Hystero-Salpingo-Oophorectomie zur Last zu legen sind.
3. Die Menstrual- und Gebärfunktionen bleiben erhalten.
4. Kurze Bettlägerigkeit, 8 bis 10 Tage.
5. Keine Gefahr, den Dünndarm zu verletzen, wie solche sich zeigt bei einer schwierigen Enucleation einer compacten Adhäsionsmasse des Beckens.
6. Die möglichst niedrigste Mortalität.

Gefahren der Operation.

1. Hämorrhagien.
2. Perforation ins Rectum oder in die Därme (zwei Fälle).
3. Peritonitis, verursacht durch Einfliessen von Eiter in die Peritonealhöhle (kein Fall).
4. Verletzung der Blase oder des Ureters (kein Fall).

Fälle, in welchen eine complete Heilung nicht mit Sicherheit zu erwarten ist.

1. Wenn die Abscesshöhle von compactem und hartem Gewebe (Cellulitis) umgeben ist, das das kleine Becken überschreitet und so auf Nerven, Gefässe und Uretheren drückt.

2. Wenn eine ausgesprochene Strictur des Rectums besteht, die von einer Entzündung des umgebenden Gewebes herrührt. Der Abscess kann ausheilen, aber die Striktur kann bleiben und später neuerdings Beschwerden verursachen.

Fälle, in welchen eine Explorativ-Incision nöthig wird.

1. Um die kranken Organe genau zu ermitteln und die Diagnose zu stellen, ob eine radicale Operation nicht sichere Heilung bringe.
2. Um zu verhindern, Gedärme zu punctiren, die zwischen Abscess und Scheidengewölbe liegen können.
3. Um die gänzliche Evacuation von Eiter zu ermöglichen, indem mit der Scheere alte Abscesse, localisirte Eitersäcke und doppelte Pyosalpingiden eröffnet werden.

Fälle, in welchen die Vaginal-Ausräumung und Drainage von grösstem Werthe ist.

1. Bei jungen verheiratheten oder unverheiratheten Frauen; im Falle Mädchen vor erlangter Reife an einer ernsten Erkrankung der Geschlechtsorgane leiden, sollen dieselben nicht abgetragen werden, bis dass alle übrigen Mittel fehlgeschlagen.
2. In allen Fällen, wo man die Gegenwart von einem oder mehreren grossen Abscessen constatiren kann.
3. Wenn die Kranke so geschwächt ist, dass sie nicht eine Laparotomie ausstehen könnte.

Operation.

Untersuchung; Unterscheidung von Fällen, wo die vaginale Ausräumung und Drainage ohne Explorativ-Incision genügen werden und solche, die eine solche verlangen.

A. Fälle, in denen eine Probe-Laparotomie in erster Linie nöthig ist.

1. Muss zuerst die Vagina gereinigt werden.
2. Der Operateur macht die Probe-Incison, und wenn er sich zur

Punktur entschliesst, so bringen die Assistenten die Kranke in Steinschnittlage, während die mit der Operation direkt in Berührung kommende Assistenz und der Operateur die Hände steril behalten.

Die Abdominal-Wunde muss geschützt werden durch ein Gazepolster.

2. Der Operateur muss eine Hand absolut aseptisch halten, damit wenn nothwendig er durch die Abdominalwunde eine manuelle Untersuchung vornehmen kann, während eine Hand in die Vagina zu liegen kommt.

Wenn die im Abdomen gewesene Hand mit der Vagina in Contact gekommen ist, so soll sie nicht mehr in der Abdominalhöhle gebracht werden, bevor sie tüchtig gereinigt worden ist.

4. Nach Vaginalincision unter der Kontrolle einer Hand im Abdomen schliesst der erste Assistent das Abdomen.

B. Einfache Vaginal-Öffnung.

1. Desinfection der Vagina.

2. Wahl des am meisten zugänglichen Ortes für die Incision, am besten direct hinter dem Cervix oder ein wenig links oder rechts, immerhin mit der Vorsicht, die Uterina, die Uretheren und die Blase nicht zu verletzen.

3. Die Scheere wird auf den Zeigefinger gelegt und so in den Sack ausgeschoben und theilweise offen zurückgezogen.

4. Dilatation, wenn nothwendig mit breiten Uterin-Dilatatoren.

5. Die Höhle wird mit sterilisirter Salzlösung ausgespült, wenn aber eine Möglichkeit vorhanden ist, dass die Peritonealhöhle eröffnet worden, so soll die Irrigation unterbleiben.

6. Während der Operation soll man jedes Eitertröpfchen sorgfältig entfernen und mit dem Fingernagel die ganze Pseudomembran der Sackwand gut abstreichen. Dann wird der kleine Becken mit Jodoformgaze tamponnirt, die durch die Vaginalöffnung vollständig drainiren wird.

7. Drainage. { Gaze. / Rubber-Tube. / Silber-Canüle.

* Um die Vagina zu öffnen kann man auch das Messer oder den Thermocauther benützen (Cleveland).

Nachbehandlung.

1. Die Canüle wird in fünf Tagen entfernt; die Höhle wird mit einer schwachen Lösung von Acid boric oder Hydrogen peroxyde ausgespült, wozu man sich schmaler Glascanülen bedient.

2. Am 5ten Tage wird eine neue Canüle eingeführt oder etwas Gaze, die am Ende des weiteren dritten Tages entfernt wird.

3. Die Vagina wird täglich zweimal mit einer Acid boric Lösung irrigirt, bis der Ausfluss aufhört.

4. Die Patientin kann am achten Tage aufstehen, wenn die Reconvalescenz ohne Unterbruch vor sich geht, im entgegensetzten Falle soll sie 15 Tage zu Bette bleiben.

Klinischer Verlauf der Fälle.

1. Gelegentlich hohe Temperatur für die ersten Tage nach der Incision, wahrscheinlich herrührend von Resorption septischer Massen.

2. Rapider Abfall der Temperatur zur Norm in 3 bis 10 Tagen.

3. Ansteigen der Temperatur, wenn die Öffnung sich zu schnell schliesst.

4. Der Punktionskanal schliesst sich gewöhnlich in 10 bis 12 Tagen, es ist selten dass er offen bleibt.

5. In alten Fällen, in welchen eine Fistel mit dem Rectum, der Blase oder der vorderen Abdominalwand communicirt, kann es nothwendig werden, die Vaginalfistel für 2 bis 3 Monate offen zu halten, um dem alten Fistelgang Gelegenheit zur Heilung zu geben.

Resultate.

Geheilt	15
Theilweise gebessert	9
Nicht gebessert	4
Zwei bis dreimalige Vaginalpunktur	5
Entleerung von typhlitischen Abscessen	1
Wiederaufnahme zum Zwecke einer Radical-Operation	3
Ohne weitere Nachricht	1
Gestorben	1

Beschaffenheit der Beckenorgane nach Heilung der Kranken.

In einigen Fällen Verschwinden der Adhäsionen, in andern bedeutende Induration oder Adhäsionenbildung.

B. Conservative, operative Behandlung per Laparotomiam.

1. Befreie Eitertüben von ihren Adhäsionen, ziehe sie in das Douglas und punktire sie durch die Vagina, Gazedrainage.

2. Excision einer Tube und des Ovariums auf der einen Seite.

C. Einfache Salpingo-Oophorectomie, hie und da vergesellschaftet mit der Abtragung eines Uterushornes.

Folgende Fälle:

1. Eierstock gefüllt mit kleinen miliären Abscessen *(Chrobak)*.

2. Einfacher Pyosalpinx mit isolirtem Eiterheerd im Uterushorn.

D. Hystero-Salpingo-Oophorectomie.

Indicationen:

1. Doppelter Pyosalpinx, für Vaginalpunktur nicht erreichbar und in den Fällen, wo man nach der Laparotomie nicht in genügender Weise durch die Vagina drainiren kann.

2. Adhärenter doppelter Pyosalpinx, complicíert durch Metritis und purulente Endometritis.

3. Beckenabscess vergesellschaftet mit Appendicitis.

4. Beckenenabscess vergesellschaftet mit Adhäsionen, die den Dünndarm theilweise obstruiren.

5. Beckenabscess, bei welchem ein Fistelgang in die Flexura sigmoïda oder in den Dünndarm führt.

6. Beckenabscess vergesellschaftet mit Myomen.

Methode die Hystero-Salpingo-Oophorectomie von links zu rechts auszuführen oder vice-versa.

Vortheile.

1. Grössere Leichtigkeit.
2. Operationsfeld gut zu übersehen.
3. Leichte Entfernung der Tumor, indem man sie auf der Seite angreift, wo sie am wenigsten angewachsen ist.
4. Gefässe können besser gefasst und unterbunden werden.
5. Keine Abdominal-Drainage.
6. Verschontbleiben von post-operativen Zufällen — Adhäsionen, Peritonitis, Ileus.

Methode der Drainage durch den Cervicalstumpf.

Der Cervicalstumpf wird ziemlich stark dilatirt oder abgetragen und vom Abdomen her ein Stück Gaze durch die Öffnung in die Vagina vorgeschoben. Peritoneum wird über dem Stumpf durch eine fortlaufende Catgutsutur vereinigt.

Klinischer Verlauf typischer Fälle.

1. Kein Shock.
2. Schnelle Genesung.
3. Verlassen des Bettes in 16 bis 21 Tagen.
4. Keine Harn- oder Rectalfistel.
5. Prolaps des Cervicalstumpfes in einem Falle.
6. Keine Hernie, wenn das Abdomen mit Silber geschlossen wurde.

Resultate.

Fälle aus meiner Klinik des Johns Hopkins Hospitals, Baltimore.



DISCUSSION

SUR LE

TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES

M. **Gustave Richelot** (Paris). — Lorsque j'ai vu, sur le programme officiel de notre Congrès, reparaître les suppurations pelviennes, dont nous avions tant parlé à Bruxelles, je me suis demandé si nos discours n'avaient pas épuisé le sujet pour longtemps, si nous n'allions pas tomber dans d'inutiles redites, si une courte période de trois années avait pu suffire pour dissiper les incertitudes, corriger certaines habitudes d'esprit ou réduire quelques amours-propres d'auteurs. La question, en d'autres termes, était-elle plus mûre aujourd'hui qu'hier, et n'allions-nous pas retrouver exactement les mêmes hommes défendant les mêmes opinions, sans arguments nouveaux ?

Le titre, je le veux bien, était plus large et plus compréhensif qu'autrefois, car il visait le traitement des suppurations pelviennes en général. Mais n'avions-nous pas déjà, en 1892, porté la discussion sur ce terrain ? Allions-nous la recommencer, pour le plaisir d'allonger de quelques chiffres vos statistiques antérieures ?

Il m'a semblé, cependant, que nous pourrions éviter le reproche de revenir inutilement sur des opinions déjà connues, à certaines conditions. La première c'était de nous montrer sages et d'oublier l'ardeur des anciennes polémiques, puisqu'il ne s'agissait plus d'introduire des idées nouvelles et de les imposer à l'attention ; c'était de chercher impartialement à définir le rôle de chacune des méthodes qui ont aujourd'hui leurs indications propres, afin de les associer au lieu de les opposer entre elles. La seconde, plus délicate, c'était d'inviter les gynécologues à porter de nouveau leur attention sur les points

essentiels du manuel opératoire, afin de ne pas juger certaines interventions, sans les bien connaître, et afin de les réussir quand ils les entreprennent.

C'est à la suite de ces réflexions que je me trouve amené à mettre en lumière, dans l'étude qui nous est proposée :

1° Les *indications,* en m'attachant à bien marquer la place que doit occuper chaque méthode.

2° Le *manuel opératoire,* non pour décrire une fois de plus ce que tous les chirurgiens ont décrit depuis quelques années, mais pour dégager des descriptions banales et schématiques un petit nombre de principes directeurs qui ne s'inventent pas en un jour et auxquels ne supplée pas la dextérité. Ceux qui n'aiment pas une opération, qu'elle soit simple ou difficile, sont généralement ceux qui ne la font pas bien.

Pour me concilier votre attention, je ferai de cet exposé non pas un travail d'érudition, non pas une « revue générale, » mais une analyse exclusive de ma conduite, un examen très personnel des faits que j'ai vus et classés. A mon avis, c'est le meilleur moyen d'établir entre nos idées et nos pratiques d'utiles comparaisons.

CLASSIFICATION DES SUPPURATIONS PELVIENNES

Il faut savoir où peuvent siéger les suppurations du petit bassin, bien que le traitement qui convient à chacune d'elles ne soit pas en relation nécessaire avec le lieu qu'elle occupe.

Cellulite pelvienne. — Les infections parties du col ou de la muqueuse utérine se propagent très naturellement, par les voies lymphatiques, au tissu cellulaire qui environne l'utérus, et y forment des foyers de cellulite. C'est le fait le plus simple, mais non le plus fréquent. C'est l'ancien phlegmon « péri-utérin, » qui résumait, aux yeux de quelques vieux auteurs, toutes les suppurations pelviennes.

La cellulite se voit surtout dans l'état puerpéral et très près de l'accouchement. Elle peut survenir à la suite des interventions maladroites sur le col.

Le pus avoisine le segment inférieur, le plus souvent ne pénètre pas entre les deux feuillets de ligament large, monte derrière le pubis en décollant le péritoine et vient saillir au-dessus de l'arcade de Fallope. Il peut être aussi contenu dans l'épaisseur du ligament, le

pénétrer par sa base, le dédoubler. Que de flots d'encre n'a-t-on pas versés, que de vaines disputes n'a-t-on pas soulevées autour de ces faits! Et comme tout est simple aujourd'hui! J'ai vu, en opérant, les diverses variétés de cellulite pelvienne. Le 27 mai 1889, chez une femme de 47 ans, munie d'un gros utérus, et dont la seule maladie certaine était d'avoir subi des cautérisations répétées du col, j'ouvre un abcès saillant à gauche au-dessus de l'arcade et je retire 300 grammes de pus; en trois semaines l'abcès guérit. Cinq mois plus tard, elle revient avec des pertes sanguines et un utérus augmenté de volume par des fibromes rapidement développés. A cette époque, le morcellement n'était pas dans nos habitudes; je lui fais la castration ovarienne le 15 octobre, et je constate que les annexes gauches sont saines, mobiles, et le ligament large d'une souplesse et d'une intégrité parfaites; preuve que la suppuration n'a occupé ni la trompe ni l'ovaire, et que la cellulite, née au voisinage du col, a glissé derrière le pubis sans envahir le ligament.

Le 22 novembre 1894, chez une femme de 25 ans, accouchée depuis deux mois, j'incise à droite, au-dessus de l'arcade, un mince foyer, je le défonce involontairement, et j'entre dans le péritoine sain. Une éponge étant disposée convenablement, j'explore la cavité abdominale, je trouve la trompe et l'ovaire sains et mobiles; immédiatement au-dessous d'eux je touche la face postérieure du ligament large qui est épais, infiltré, rigide, et fixe l'utérus à l'enceinte pelvienne. Le foyer purulent que j'ai ouvert est en continuité avec cette infiltration, véritable « phlegmon du ligament large » qui l'occupe tout entier sans toucher aux annexes. Une mèche de gaze ferme le péritoine, la malade vide peu à peu son abcès pelvien et guérit.

Le 22 octobre 1892, chez une femme de 25 ans, accouchée depuis deux mois et ayant à droite une masse résistante, j'incise l'abdomen sur la ligne médiane, puis, rectifiant mon diagnostic, je décolle la séreuse vers le côté droit et j'ouvre un foyer sous-péritonéal qui plonge derrière le pubis. L'évacuation terminée, mon doigt pénètre dans la brèche que j'ai faite au péritoine, et constate que les annexes droites forment une masse adhérente à l'utérus et à la paroi profonde du foyer de cellulite. Elles étaient malades, mais sans pus, car la femme a guéri sans autre intervention.

Cette année même, le 4 février 1896, je commence l'hystérectomie vaginale chez une malade de 35 ans, accouchée et infectée depuis quatre mois. Je m'arrête à moitié chemin, à cause de l'élévation, de

la fixité absolue de l'utérus, et de la friabilité extrême de son tissu, qui ne donne aucune prise. Le 15 février, laparatomie; j'enlève deux annexes énormes, adhérentes, purement parenchymateuses; mais à droite, en décollant la trompe, je fais sourdre le pus d'un petit foyer inclus dans l'épaisseur même du ligament, qui est infiltré, rigide, et rend l'utérus immobile. La malade guérit avec une mèche de gaze et un petit drain.

Voilà quatre exemples très nets de cellulite pelvienne : dans les deux premiers, la trompe et l'ovaire sont hors de cause; dans le second et le quatrième, le ligament large est envahi; dans les deux derniers, il y a participation des annexes, mais rien n'autorise à faire de la salpingite la cause de la lésion voisine, puisqu'il y a d'autres cas où la cellulite est parfaitement isolée.

Pyosalpinx et ovarite purulente. — La suppuration pelvienne est le plus souvent un pyosalpinx; voilà ce que nos opérations modernes ont bien mis en lumière, et voilà pourquoi beaucoup d'auteurs ont tout rapporté à la salpingite et l'ont considérée comme le fait primordial, le foyer d'irradiation nécessaire.

La trompe suppurée a la forme d'un gros tube serpentin à parois épaisses et d'énucléation facile, ou d'une poche fibreuse arrondie, résistante, ou friable et dangereuse à manier. Souvent le pavillon forme au pus une loge mince et précaire, complétée par des adhérences molles et qui s'ouvre à la moindre pression. L'ovaire est d'ordinaire scléro-kystique et accolé à la trompe; quand il suppure, il contient de petites vacuoles, ou bien il est transformé en une coque, souvent mince et trop facilement rompue. Toutes ces variétés sont connues, ont défrayé nos discussions depuis dix ans et remplacé les anciennes polémiques sur la pelvi-péritonite. Le pus est dans la trompe, il s'agit de « lésions des annexes, » tout s'efface devant cette notion nouvelle.

Abcès péritonéaux. — Il arrive cependant qu'on trouve du pus dans le péritoine, comme on en trouve dans le tissu cellulaire. Autour de la trompe et de l'ovaire enflammés, le péritoine est infecté à son tour, il se forme des adhérences entre les annexes, l'épiploon, l'intestin, et les foyers purulents circonscrits dans le cul-de-sac de Douglas ou au milieu des anses intestinales. Ces abcès péritonéaux sont assez rares et appartiennent à des cas difficiles.

Le 2 juin 1888, j'opère à l'hôpital Tenon une jeune fille de 24 ans, qui a dans la fosse iliaque gauche et sur la ligne médiane un empâtement considérable, avec une température de 40°; cause du

mal, grattages maladroits de l'utérus, ponctions inconsidérées des culs-de-sacs vaginaux et vésicatoires intempestifs. La laparotomie médiane me conduit sur l'épiploon qui adhère au fond de l'utérus, et qui, décollé, me laisse pénétrer dans un petit foyer purulent situé au-dessus et en arrière de cet organe, et limité par des adhérences de l'intestin grêle. Désinfection du petit foyer avec une éponge phéniquée, arrangement de l'épiploon pour protéger le péritoine, drainage avec un long tube. Les annexes gauches sont enfouies dans un magma d'adhérences qui les cache absolument et que je ne veux pas dissocier. La malade guérit promptement. Revue le 6 août, l'empâtement a disparu, la masse annexielle est fondue et la cavité pelvienne revenue à sa souplesse normale. J'ai suivi longtemps cette jeune fille, qui est restée guérie ; l'évacuation de l'abcès péritonéal avait donc suffi sans voir ni toucher les annexes.

Le 29 octobre 1889, chez une fille de 28 ans, plastron énorme occupant tout l'hypogastre, et température de 40°. L'incision médiane me mène sur un épiploon adhérent à la paroi et aux anses intestinales. En dissociant, j'ouvre successivement, à droite et à gauche, deux foyers purulents au milieu des adhérences ; je m'abstiens de chercher les annexes, profondément cachées, et je place deux tubes à drainage, qui sont bientôt remplacés par un seul médian. Le plastron s'assouplit peu à peu, la suppuration tarit et la malade quitte l'hôpital au bout d'un mois.

Le 20 février 1890, femme de 27 ans, émaciée, avec une tuméfaction diffuse à gauche de l'utérus. Laparotomie médiane : je trouve à droite les anses intestinales libres et saines, à gauche un magma d'intestin et d'épiploon qui adhère à la paroi, et d'où sort un flot de pus qui vient souiller les anses de droite. Le pus est recueilli sur des éponges, les adhérences sont dissociées avec prudence, tout le foyer désinfecté avec la solution phéniquée forte, mais les annexes, plus profondes, ne sont pas cherchées. Les anses que le pus a touchées, d'abord protégées par des éponges, sont lavées à l'eau bouillie, un gros tube à drainage occupe le foyer ; après quoi la suppuration tarit, l'appétit et les forces reviennent et la malade nous quitte le 10 avril.

Le 7 octobre 1891, une femme de 39 ans, accouchée depuis trois mois, ayant eu après son accouchement des douleurs et de la fièvre, présente une tumeur dure, à gauche, au-dessus du détroit supérieur. Une incision sur le bord externe du muscle droit traverse une zone de tissus lardacés où le péritoine pariétal se reconnaît à peine, et

pénètre directement dans une poche d'où jaillit un verre de pus. Le doigt explore facilement toute la cavité, sorte de lacune limitée par une fausse membrane mince, facile à déchirer, qui relie et fait adhérer entre elles les anses intestinales. Il semble que ce foyer purulent n'a aucun rapport avec les annexes que je ne vois pas. Après un lavage au sublimé et quelques jours de tamponnement, la malade guérit sans fièvre et quitte l'hôpital le 1er novembre, entièrement cicatrisée.

Le 19 juillet 1893, femme de 32 ans, grosse tumeur fluctuante à droite, avec des températures élevées et des douleurs violentes. Une laparotomie a déjà été faite par un de mes collègues en septembre 1892, à la suite d'un accouchement. Après incision médiane et dissociation de l'épiploon qui adhère à la paroi et protège l'ensemble du péritoine, mon doigt pénètre d'emblée dans un grand foyer séro-purulent, à parois irrégulières formées par l'épiploon et les anses intestinales, constate qu'il se prolonge vers la fosse iliaque droite et trouve partout ses limites sans rencontrer les annexes. Lavage au sublimé, drainage, guérison.

A côté des faits qui précèdent, je placerai tous mes cas d'hystérectomies vaginales dans lesquels j'ai vu ou soupçonné la présence du pus en plein péritoine : Telle une malade dont l'observation est relatée dans mon livre (p. 69) [1], et qui avait un pyosalpinx à droite, avec un abcès péritonéal en arrière et au-dessus de l'utérus ; une autre (p. 72) à qui j'avais ouvert par la voie sus-pubienne une collection intra-péritonéale, et à qui je fis plus tard une castration utérine suivie de drainage abdomino-vaginal. Comme l'hystérectomie, en pareil cas, mène assez souvent à vider les foyers purulents sans les extirper, le siège de la suppuration n'est pas toujours facile à reconnaître. Aussi disais-je dans le même ouvrage (p. 351) : « On a le plus souvent deux grands sacs tubaires à vider, rien de plus, car il s'agit de pyosalpinx, et tout le pus est contenu dans les trompes. Quelquefois, cependant on ouvre des lacunes intra-péritonéales limitées par des adhérences, et dans plus d'un cas j'ai eu la conviction d'avoir pénétré dans un foyer dont la paroi n'était pas fibreuse ou charnue comme celle de la trompe. »

Les abcès péritonéaux, qu'ils occupent le Douglas ou une région plus élevée, sont, en somme, au voisinage des annexes et coïnci-

[1] L. G. Richelot, *L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses*, Paris. O. Doin, 1894.

dent souvent avec la suppuration des trompes et ovaires. Aussi a-t-on pu les placer sous la dépendance étroite de ces organes, repousser l'ancien nom de « pelvi-péritonite » qui est si vrai et que je continue à dire sans scrupules, soutenir enfin que la salpingite est l'intermédiaire obligé entre le foyer d'infection primitif et la phlegmasie péritonéale. Les cinq observations que je viens d'esquisser nous montrent, au contraire, une certaine indépendance entre la suppuration du péritoine et les annexes, qui sont peut-être malades, mais à un faible degré, puisque la femme est guérie quand l'abcès péritonéal est cicatrisé.

Ceux qui ont découvert le rôle important joué par la trompe dans les inflammations du petit bassin, ont eu l'idée simple d'une endométrite se frayant un chemin par l'« ostium uterinum » et créant la salpingite, qui à son tour enflamme les tissus voisins, au-dessous d'elle le tissu cellulaire, autour d'elle le péritoine. Combien est plus large et plus vraie la conception d'une *lymphangite pelvienne* d'où dépendent ces diverses localisations! Que l'infection utérine chemine par la muqueuse, je ne le conteste pas; mais ne s'agit-il pas alors du réseau lymphatique profond et n'est-ce pas là un cas particulier de la lymphangite pelvienne? Il y a partout des vaisseaux d'absorption, il en part des déchirures du col, des blessures de la muqueuse utérine; ils rampent dans les parois de l'organe, où je les ai vus former deux abcès intra-pariétaux dont j'ai parlé au dernier Congrès de Chirurgie [1]; ils imprègnent la corne, se groupent sous la trompe et l'ovaire, et vont les infecter de première main; ils abordent le péritoine par tous les points, à la surface des ailerons, sous les deux feuillets du ligament large, sous le revêtement séreux des parois et du fond de l'utérus. La suppuration dans la trompe est plus fréquente que partout ailleurs, avec un péritoine simplement adhérent, l'expérience le prouve; mais il arrive aussi que la cellulite existe seule, et pourquoi s'étonner que d'autres fois l'inflammation péritonéale domine la scène et évolue malgré l'intégrité relative des annexes?

C'est en présence de la *lymphangite pelvienne diffuse,* qui suit quelques accouchements septiques ou des opérations mal faites, qu'il serait puéril de chercher dans les annexes le point de départ des lésions généralisées. Tout est pris à la fois, pour ainsi dire; une infiltration œdémateuse ou purulente occupe le tissu cellulaire

[1] Neuvième Congrès de Chirurgie, Paris 1895, p. 905.

(cellulite pelvienne diffuse), les annexes, le péritoine, les masses adhérentes de l'épiploon. Ces cas-là sont peu traitables ; mal renseigné sur l'étendue de l'infiltration, le chirurgien est réduit à s'abstenir ou bien il cherche vainement un foyer responsable des accidents, et, s'il fait couler du pus, l'infection n'en est pas enrayée.

Cellulite, ovaro-salpingite purulente, abcès péritonéaux, sous ces trois rubriques se décrivent aisément les formes diverses de foyers pelviens que nous pouvons guérir, et les variétés qui distinguent leur évolution sans en faire des entités séparables. Les livres d'enseignement multiplient les mots et les subdivisions pour ne rien laisser dans l'oubli, émiettent leur description dans un nombre infini de petits chapitres, et laissent au lecteur le soin de refaire le tableau clinique, la synthèse de leurs documents éparpillés, de chercher le lien qui enchaîne tous ces faits. C'est un excès d'analyse, que dépassent encore, il faut l'avouer, les subtilités de leurs diagnostics différentiels.

CLASSIFICATION DES TRAITEMENTS

Je laisserai de côté les soins médicaux dont toutes les malades ont besoin, et les divers palliatifs sur lesquels je n'aurais à dire que des banalités. Le traitement des suppurations pelviennes est essentiellement opératoire, et répond à la formule : *ubi pus, ibi evacua.*

Je demande la permission de ne pas m'arrêter à certains modes d'intervention — voie périnéale, sacrée, etc., — qui ne me paraissent pas rationnels, bien qu'ils aient été proposés par de bons auteurs.

Enumérons d'abord, sans rien juger.

I. Voie sus-pubienne. — 1°. *Incision directe.* — Une simple incision, avec drainage ou tamponnement, peut suffire aux collections qui viennent toucher la paroi de l'abdomen : a) envahissement du tissu cellulaire sous-cutané de la fosse iliaque par la cellulite pelvienne, qu'on ouvre au-dessus de l'arcade ; b) saillie, au même point ou rarement sur la ligne médiane, d'un abcès péritonéal en contact avec la paroi et limitée par un « plastron » d'adhérences. Dans ces deux cas, l'incision ouvre le foyer directement, sans traverser un espace libre du péritoine et sans manœuvre préliminaire.

2° *Laparotomie.* — Incision médiane, donnant accès dans la partie saine de la séreuse, pour explorer l'abdomen et attaquer des lésions plus profondes : a) ouverture simple, avec drainage ou

tamponnement, d'un abcès péritonéal voilé par l'intestin ou l'épiploon ; b) ouverture d'une collection tubaire ou ovarienne, tellement adhérente qu'il serait périlleux de chercher à l'extraire ; c) castration tubo-ovarienne, ou ablation des annexes après rupture attentive des adhérences et protection du péritoine contre l'épanchement du pus ; d) même ablation, compliquée d'une hytérectomie totale par certains auteurs qui admettent l'utilité d'enlever l'utérus et ne veulent pas l'aborder par le vagin.

II. Voie vaginale. — 1° *Incision directe.* — Elle se fait en arrière du col exclusivement. Il s'agit : a) d'un foyer de cellulite faisant bomber un des culs-de-sac, à la base du ligament large ; b) d'un abcès péritonéal occupant le Douglas ; c) d'une poche tubaire développée dans l'excavation, voisine de la paroi vaginale et accessible immédiatement ou à travers des adhérences.

2° *Cœliotomie vaginale.* — Antérieure ou postérieure. C'est une incision (colpotomie) en avant ou en arrière du museau de tanche, différant de celle qui précède en ce qu'elle ouvre le péritoine sain pour explorer la cavité séreuse, achever le diagnostic et traiter les annexes.

3° *Hystérectomie vaginale.* — Autre manière d'ouvrir l'abdomen par le vagin. L'ablation de l'utérus peut être salutaire par elle-même (castration utérine) ; opération préliminaire, elle donne l'évacuation large des foyers de cellulite et des abcès péritonéaux, l'évacuation des annexes trop adhérentes et l'extirpation des pyosalpinx énucléables.

Maintenant, nous allons débrouiller et simplifier. L'incision directe par la voie sus-pubienne ne soulève pas de controverse et ne mérite pas de nous arrêter longtemps ; c'est l'ouverture simple d'un abcès comme en toute autre région, et le plus souvent l'abcès n'est pas très long à guérir. Le plus souvent aussi, le diagnostic est facile. Cependant, chez deux malades récentes, le 28 avril et le 17 juillet 1896 j'ai incisé au devant d'un plastron sus-pubien, espérant que j'allais pénétrer dans un foyer juxta-pariétal, et j'ai trouvé le péritoine libre et une grosse tumeur annexielle indépendante. Chez la première, j'ai complété mon intervention en extirpant un double pyosalpinx dans les conditions les plus graves ; elle survécut avec une fistule de l'intestin grêle. Chez la seconde, sur laquelle je reviendrai tout à l'heure (p. 165), je n'ouvris même pas la séreuse en la voyant mobile sur la tumeur, et je refermai l'incision hypogastrique.

Les deux cœliotomies vaginales, antérieure et postérieure, demandent quelques réflexions, mais nous intéressent médiocrement. L'incision postérieure en plein péritoine, pour explorer les annexes et enlever de petites tumeurs, est admise en France depuis longtemps, mais n'y a jamais passé pour un traitement des suppurations pelviennes, bien qu'une petite collection tubaire, fortuitement reconnue, puisse à la rigueur passer par là. En Allemagne, c'est l'incision antérieure, largement faite, soulevant la vessie, donnant passage à la main, permettant d'attirer le fond de l'utérus et de voir le Douglas, qui est maintenant à la mode. On l'a faite nombre de fois pour relever l'utérus en rétroversion et le fixer dans une position contre nature, qui peut entretenir les douleurs ou créer la dystocie, comme plusieurs faits en témoignent. On l'a faite encore pour examiner les ovaires, les réséquer partiellement, ouvrir des hydrosalpinx, enlever des kystes simples ou de petits fibromes, enfin quelques salpingites suppurées. Il faut sans doute que l'utérus soit mobile et complaisant, la lésion tubaire petite et mollement adhérente. Autrement, je ne pense pas qu'on puisse nous conseiller de choisir une manœuvre incommode, où l'opérateur ne pourrait pas toujours éviter l'infection du péritoine, enlever toutes les parties malades ou assurer leur drainage. Me suis-je trompé sur le degré d'importance attribué par quelques-uns à la cœliotomie vaginale ? Si oui, j'avoue que je ne leur céderais pas facilement ; sinon, je passe outre, et me contente de signaler cette méthode comme n'étant pas d'un usage courant dans les suppurations du petit bassin, et ne pouvant servir qu'à titre exceptionnel.

Ainsi se trouvent éliminées les questions d'ordre secondaire, et nous n'avons plus à discuter, en somme, que les trois opérations désormais classiques : l'*incision vaginale directe*, la *laparotomie*, l'*hystérectomie vaginale*.

Si, à chacune des trois localisations de la lymphangite pelvienne, s'adaptait invariablement une des trois méthodes, la discussion ne serait pas longue. Mais, au contraire, les diverses formes de suppurations, sinon toutes leurs variétés, — je rappelle que j'ai mis à part l'incision directe au-dessus de l'arcade, — peuvent être attaquées et guéries des trois manières. Et c'est fort heureux pour les malades, car le diagnostic du siège est très souvent obscur, et s'il fallait le tenir pour se déterminer, chirurgien et malade seraient bien souvent en mauvaise posture. Mais il n'en est rien ; sauf des cas rares, le chirurgien se décide pour d'autres causes ; l'opération

va à la recherche du foyer, elle est exploratrice dans ses premiers temps. Et c'est fort heureux pour mon exposé, car je me trouve par là dispensé d'imiter les livres classiques en traitant avec force détails, souvent illusoires, une question moins étroitement liée à mon sujet qu'elle ne le paraît au premier abord, le diagnostic différentiel des suppurations du petit bassin.

Je supposerai que le chirurgien, après avoir examiné sa malade, est en possession de la somme de diagnostic à laquelle il pouvait prétendre. Cela posé, quelles sont les raisons, graves et multiples, qui doivent inspirer sa conduite ?

Les habitudes prises, les opinions déjà exprimées, l'ennui d'écouter les conseils, quelques essais malheureux dans une direction nouvelle, tels sont les motifs qui ont le plus souvent faussé la discussion. Il n'est plus permis aujourd'hui de se poser en laparotomiste, en partisan exclusif de la voie vaginale, en admirateur de la simple incision. Dans toute pratique réfléchie et sérieuse, chacune des trois méthodes a sa place ; en repousser une ou seulement la négliger, serait abandonner une arme nécessaire et trahir l'intérêt des malades.

INCISION VAGINALE DIRECTE

La simple incision a précédé les autres méthodes. On osait la faire quelquefois, sur une collection nettement fluctuante, alors que la technique de la laparotomie n'était même pas soupçonnée. Aujourd'hui encore, pour la mettre en lumière, on invoque sa *facilité* relative, sa *bénignité*, son *efficacité*. L'école de Lyon, qui l'intitule « méthode de Laroyenne, » ajoute avec raison qu'elle est conservatrice, que certaines femmes guéries par elle ont pu devenir enceintes. Que faut-il de plus ?

Je ne demande qu'un peu de mesure. Et d'abord, l'argument de la conservation ne serait valable que si la laparotomie n'existait pas et si, hors de l'incision, il n'y avait plus qu'à enlever l'utérus. La grossesse après l'incision prouve simplement qu'une femme peut devenir enceinte quand on lui laisse un ovaire sain. Nous le savions.

L'opération est certainement plus facile qu'une hystérectomie vaginale. Mais il ne faut rien exagérer ; elle est encore assez sérieuse pour n'être pas « à la portée de tout le monde. » Passons sur les ponctions blanches avouées par nos confrères de Lyon, elles ne

sont qu'un échec sans gravité ; passons sur les ponctions de l'intestin, à la condition toutefois qu'il s'agisse du rectum. Il me serait facile de montrer combien la question devient délicate si on l'approfondit, et combien, pour expliquer les bons résultats de Laroyenne et de ses élèves, il faut admettre que leur tact chirurgical est intervenu, a su discerner les indications, suggérer quelques tempéraments, et, somme toute, suivre le mouvement contemporain. N'oublions pas les origines, les idées émises il y a dix ou quinze ans, sur lesquelles s'appuyait la méthode et auxquelles la méthode survit. J'ai lu dans le *Lyon médical*, en 1886, un mémoire de Laroyenne dont le titre est bien significatif :

De la périmétrite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente, séreuse ou hématique. Ce sont « des épanchements *latents*, sans fièvre, dont l'existence ou la fréquence tout au moins est restée ignorée jusqu'ici. » Ce sont « des péritonites, toujours apyrétiques. » Pour les ouvrir, l'auteur se sert d'un trocart spécial qui, après la ponction faite, reçoit un lithotome avec lequel on incise plus largement. Pour arrêter le sang, une éponge est placée de manière qu'une de ses extrémités se trouve en arrière « dans la cavité péritonéale enkystée. » Parmi les malades, « les unes guérissent complètement, d'autres conservent leurs indurations inflammatoires compliquées ou non de la persistance d'une poche réduite, mais non complètement effacée, fermée ou fistuleuse ; elles gardent aussi des douleurs, qui sont toujours loin d'égaler celles qui existaient avant l'intervention et qui l'ont motivée. » Ainsi parlait Laroyenne. A cette époque, on était mal renseigné sur le siège des abcès péri-utérins ; Alphonse Guérin croyait encore à l'adénite sous-pubienne ; le nom de salpingite commençait à peine à voir le jour. N'était-ce pas raisonnable de chercher le pus autour du museau de tanche, même quand il ne faisait pas de saillie fluctuante ? Mais depuis lors, la question s'est élargie et précisée ; nous savons que le pus est volontiers dans la trompe, que celle-ci est épaisse et peut se fermer difficilement quand on l'a ouverte ; nous avons observé des lésions multiples, des dispositions inattendues, pour lesquelles l'incision vaginale est dangereuse ou insuffisante ; en même temps, nous avons conquis de nouveaux moyens d'action. Aussi, loin de pousser l'ancienne méthode à une plus grande audace, devons-nous la borner aux indications qu'elle sait remplir. C'est ainsi qu'elle est et restera précieuse.

Voici, d'ailleurs, une série de faits qui, en montrant les difficul-

tés et les périls dont l'incision vaginale peut être entourée, nous permettra de bien dégager ses indications.

La collection pelvienne parait quelquefois très simple, en contact immédiat avec la paroi vaginale, bien disposée pour l'incision directe, et cependant elle en est séparée par d'autres lésions ou d'autres organes. J'ai signalé [1] un cas d'hystérectomie vaginale où un pyosalpinx énorme dépassait l'ombilic, donnait une fluctuation manifeste entre l'abdomen et le cul-de-sac postérieur, et où je découvris en opérant que le Douglas était rempli par une agglomération de kystes séreux. Quand l'utérus et les kystes furent enlevés, l'intestin grêle se présentait à la plaie, et la poche purulente n'apparaissait pas encore, étant refoulée tout entière au-dessus du détroit supérieur. Il m'avait été impossible de ne pas considérer la saillie du Douglas comme la partie inférieure de la grande collection. Si j'avais adopté l'incision, mon bistouri serait tombé au milieu des kystes ; si le trocart de Laroyenne avait suivi la même voie, il aurait dû s'arrêter, ou bien, dirigé aveuglément dans la direction du pyosalpinx, il l'aurait manqué et n'aurait ouvert que l'intestin grêle.

Je livre ma conduite à la discussion dans le cas suivant. Une fille de 21 ans, qu'un de mes collègues a traitée en juillet par la laparotomie, je ne sais pour quelles causes, vient se faire opérer à St-Louis le 5 novembre 1895. Elle a une grosse tumeur fluctuante, médiane, atteignant l'ombilic, avec 39 et 40°. La septicémie aiguë, la virulence certaine du pus, la simplicité apparente de cette énorme poche, dont le flot se renvoie aisément de l'abdomen au cul-de-sac postérieur, enfin la jeunesse extrême de la malade, tout m'engage à faire une simple incision, qui remplira tout au moins l'indication immédiate en réservant l'avenir. J'ouvre le cul-de-sac de Douglas, et avec étonnement je vois couler de la sérosité. La tumeur abdominale, toujours tendue et fluctuante, descend un peu au-dessous de l'ombilic. J'ai pénétré dans une collection séreuse intra-péritonéale, partout limitée par des adhérences, et au fond de laquelle j'aperçois, vers la droite, une paroi bleuâtre ; je l'ouvre d'un coup de bistouri, et c'est encore de la sérosité qui s'écoule, simple kyste séreux péri-annexiel. Enfin j'arrive sur la saillie fluctuante de l'énorme pyosalpinx, que j'effondre avec les ciseaux courbes et d'où jaillit un flot de pus très fétide, tandis que la tumeur abdominale s'affaisse. Après une évacuation prolongée, l'ouverture que j'ai faite à la trompe

[1] Loco cit., p. 65.

dilatée m'échappe et je ne puis y introduire de liquide; je me borne à laver soigneusement l'espace enkysté du péritoine situé au-dessous, et j'y fais un tamponnement iodoformé. La malade succombe après quatre jours de lutte. Evidemment, le pus fétide qui s'est écoulé de la trompe a infecté la surface péritonéale sous-jacente, malgré lavage et tamponnement. J'ai cru que je pouvais impunément lui donner passage à travers cet espace restreint, protégé par des adhérences; il eût mieux valu m'arrêter en voyant que la collection était double et que le pus n'était pas tout près de moi, pour faire séance tenante ou quelques jours plus tard une autre opération.

J'admets cette critique; mais, si je m'étais arrêté par prudence, la méthode n'en serait pas moins en échec. C'est ce qui m'est arrivé le 3 avril 1896, dans un cas très analogue. Une femme de 33 ans entrée à l'hopital St-Louis après une fausse couche, avait une poche volumineuse, saillante à droite et en arrière du col. Le flot se percevait nettement par le palper bimanuel; la saillie du cul-de-sac vaginal paraissait être la partie inférieure d'une collection unique. Cependant, mon incision me conduisit d'abord sur une collection de sérosité sanguinolente. Quand elle se fut longuement écoulée, j'explorai l'utérus, qui était repoussé vers la gauche, et aperçus la trompe du côté droit, dilatée et menaçante. Je pensai qu'il s'agissait d'un pyosalpinx et j'eus peur, en l'ouvrant, d'infecter l'espace péritonéal d'où je venais d'extraire la sérosité; je m'arrêtai donc, et j'attendis les événements. La femme continua de souffrir, avec sa masse annexielle; et comme j'admettais l'intégrité des annexes gauches, c'est par une laparotomie que je complétai mon intervention, le 3 mai. Je laissai l'ovaire du côté sain, et j'enlevai à droite, au lieu d'une salpingite suppurée, un gros hématome tubaire inclus dans le ligament large et très adhérent.

Un fait plus récent (19 mai 1896) peut être comparé à ceux qui précèdent; ici encore, j'ai trouvé dans le Douglas autre chose que la partie déclive de l'abcès. Il s'agit d'une femme de 35 ans, ayant un passé génital compliqué, hémorrhagies, douleurs, pelvi-péritonites. Elle entre à St-Louis le 12 mai en pleine poussée aiguë, avec fièvre, ballonnement et masse pelvienne.

Au bout de quelques jours le calme revient, et je décide l'évacuation de cette énorme poche qui affleure l'ombilic et fait saillir le Douglas, avec une fluctuation manifeste entre les deux points. Une incision derrière le col arrive sur le péritoine et l'ouvre largement : rien ne sort, aucune trace de liquide. Mais je rencontre

avec le doigt et j'extrais longuement des masses molles, décolorées, légères, d'abondants flocons fibrineux que je n'ai jamais vus dans un péritoine en pareille quantité, et qui me paraissaient être le résidu de la pelvi-péritonite, à peine éteinte. Au fond à droite, j'aperçois une poche tubaire et j'hésite à l'ouvrir au milieu de la cavité pelvienne. Mais il me semble que les flocons fibrineux que j'ai en partie laissés constituent pour l'évacuation du pus une route moins périlleuse qu'un péritoine lisse et contenant de la sérosité ; et je me décide à ouvrir le pyosalpinx, d'où s'échappe un flot de pus très septique. La tumeur abdominale s'affaisse. Avec le doigt, je ne sens pas bien, à gauche, les limites du foyer pelvien, j'ai peur que des anses de l'intestin grêle ne viennent à se faire contaminer, et je m'arrête sans pousser l'exploration de ce côté ; puis, ayant fait une injection très douce d'eau bouillie, placé un drain et de la gaze iodoformée, j'attends avec anxiété les suites. La malade guérit très bien, sans accidents ; mais combien tout en la voyant guérir, je trouvais mon opération obscure et défectueuse !

Ainsi quelquefois, par ces dispositions inattendues qui déjouent les plus fins diagnostics, l'incision vaginale est aveugle. Elle peut réussir en donnant quelques transes au chirurgien ; elle peut être forcée de manquer son but, l'ouverture de l'abcès, pour s'arrêter en deçà du danger. Veut-on maintenant la preuve que, tout en manquant son but, elle est capable de causer un malheur ? J'ai opéré, le 17 juillet 1896, une femme de 24 ans, mariée depuis 9 mois et que les médecins laissaient depuis 7 mois aux prises avec une suppuration pelvienne des plus graves ; elle était blafarde, amaigrie, épuisée par la septicémie ; tous les jours 39° et 40°. Au dessus de la symphyse, à droite, une tumeur ronde et fluctuante, faisant bomber l'hypogastre ; dans le cul-de-sac vaginal correspondant, une saillie volumineuse refoulant l'utérus à gauche et partie déclive en apparence de ce grand foyer purulent. Il me sembla que j'arriverais presque d'emblée à la collection par le cul-de-sac vaginal, et j'adoptai la simple incision parce qu'il fallait, chez cette malade affaiblie et très infectée, aller au plus pressé, évacuer le pus, faire cesser la fièvre et les douleurs par le procédé le plus rapide et le moins grave. Or, après avoir incisé en arrière du col, prolongé ma dissection vers la droite, et cru sentir à travers une mince couche de tissu la paroi du foyer que j'allais ouvrir, mes ciseaux mousses pénétrèrent dans un magma d'où il sortit quelques grammes de pus. En dissociant, j'en fis sortir encore, mais toujours en petite

quantité, et je pensais que je traversais une infiltration purulente du ligament large. Portant mes ciseaux dans la direction de la poche qui faisait saillie à l'hypogastre, je ne voulus pas pénétrer à toute profondeur, et je m'arrêtai sans l'avoir atteinte ; puis, espérant trouver des adhérences entre cette poche et la paroi abdominale, je fis une incision au-dessus de l'arcade, mais, arrivé sur le péritoine pariétal, je vis qu'il était mobile sur la tumeur et je refermai la plaie.

Je comptais faire le surlendemain l'hystérectomie vaginale ; mais la malade mourut dans la journée, et voici ce que me montra l'autopsie. J'ai ouvert un ligament large infiltré de pus. Attenant à son bord supérieur, saillant en plein péritoine et sans aucune adhérence, est un pyosalpinx volumineux, très élevé. La pointe mousse de mes ciseaux, dirigée un peu trop en dehors, a pénétré dans le péritoine en rasant la tumeur, l'a marquée d'un léger sillon, mais ne l'a pas ouverte. A gauche, hydrosalpinx adhérent, plus volumineux que la poche de droite.

Je me demande comment j'aurais pu mieux faire ; quelle chance il aurait fallu pour me conduire juste au niveau de l'insertion de la poche tubaire sur le ligament large ; comment, après une ouverture plus heureuse, aurait pu se vider la poche à travers ce chemin sinueux ; comment le trocart de Laroyenne s'y serait pris pour mieux viser que mes ciseaux, ou comment, après avoir piqué au bon endroit, son lithotome aurait fait pour ne pas ouvrir le foyer en plein péritoine. Reconnaissons plutôt qu'il y a des lésions d'une complexité dangereuse pour la méthode de l'incision simple. Ici cependant, je l'avais choisie de préférence à toute autre ; avec ces lésions et cette malade, une laparotomie eût été infiniment grave ; l'hystérectomie vaginale, mieux faite pour évacuer l'infiltration du ligament large et extraire une collection tubaire sans adhérences, était néanmoins très sérieuse à cause de l'enclavement de l'utérus, du siège élevé du pyosalpinx et la masse formée par le foyer de cellulite. Bref, j'ai suivi la conduite qui m'a paru la plus rationnelle ; aussi n'ai-je pas l'intention, par cet exemple, de condamner la méthode, mais seulement d'établir qu'elle n'est pas toujours si bénigne et si simple, et qu'étant sans contredit la plus aveugle des trois, elle ne doit être employée que sur des indications très formelles.

A côté de ces faits, dans lesquels l'incision n'atteint pas les collections pelviennes ou les atteint malheureusement, il en est d'au-

tres où pleinement satisfaisante au premier abord, elle rencontre le foyer et l'ouvre directement sans péril; mais la forme de ce foyer est telle que la guérison est impossible et se fait attendre indéfiniment. On nous dit que, pour avoir un bon résultat, il faut drainer, tamponner assidûment, ne pas livrer la collection ouverte aux seules forces de la nature; c'est vrai, mais il y a des cas où les soins les plus attentifs ne peuvent servir à rien. Exemple : une femme de 36 ans a été prise, au mois d'avril 1895, de phénomènes aigus aboutissant trois mois plus tard à l'issue d'un flot de pus par le vagin. Depuis ce moment ont toujours persisté une fistule en arrière du col, et à droite de l'utérus une tuméfaction qui est le siège de fréquentes poussées douloureuses. Avant de songer à une intervention radicale, je trouve qu'il est sage et qu'il peut être suffisant d'ouvrir largement pour évacuer l'abcès, modifier sa paroi et le panser à fond. Je fais, le 23 janvier 1896, une incision transversale, j'explore avec le doigt, et je trouve un foyer sinueux, étroit et allongé, à parois irrégulières. Impossible de dire si j'ai pénétré dans une trompe, dans un foyer de cellulite, ou dans un abcès péritonéal limité par des adhérences précaires; j'explore avec douceur, je n'ose pas faire d'injection le premier jour, et je fixe un large drain. Les jours suivants, le drainage est maintenu et surveillé, des lavages sont faits régulièrement; mais au bout de quelque temps le tube est chassé, bien qu'il ait été cousu à l'orifice par un crin de Florence, et, malgré nos efforts pour tenir ouverte la cavité, elle redevient simple trajet et la plaie redevient fistule. Au bout d'un mois, je ne vois aucune tendance à la guérison, et je ne comprends pas encore l'abondance de l'écoulement; si bien que je procède, le 27 février, à l'hystérectomie vaginale. Après avoir enlevé l'utérus sans grande difficulté, je découvre un pyosalpinx arrondi, volumineux, communiquant par un étroit goulot avec un second foyer situé au-dessous et en contact avec la paroi vaginale; c'est ce dernier que j'ai ouvert et drainé le 23 janvier sans pouvoir atteindre le foyer tubaire, diverticule non soupçonné et source intarissable du pus. Ayant maintenant sous les yeux l'ensemble des lésions et n'opérant plus à l'aveugle, j'ouvre largement la trompe malade en protégeant le péritoine, je la lave, la tamponne avec une mèche de gaze qui sera retirée dans une semaine, et je ne prends plus souci de mon opérée, qui est absolument cicatrisée dans les délais ordinaires après l'hystérectomie vaginale.

Autre catégorie : certains foyers se ferment et guérissent, mais

il survient une récidive, par le réveil du même abcès ou l'évolution d'un autre plus profond. Une malade que j'ai citée[1] fut très bien portante pendant quelques mois à la suite d'une laparotomie restée exploratrice et d'une incision vaginale faite séance tenante, le 21 octobre 1890; il fallut, pour un nouvel abcès fétide siégeant au même point, lui faire le 19 octobre 1891 une hystérectomie vaginale, qui mit fin à ses tourments. Tout récemment, j'avais à St-Louis une femme de 28 ans à laquelle un de mes collègues avait retiré un demi-litre de pus en incisant le cul-de-sac postérieur, opération très motivée par l'âge de la malade et l'intégrité relative des annexes droites. La plaie guérit bien, mais la malade continua de souffrir, et je lui fis l'hystérectomie vaginale le 21 juillet 1896. Je laissai à droite les annexes petites et adhérentes, et je trouvai à gauche une trompe énorme, parenchymateuse, dont la moitié interne incisée ne donna pas d'écoulement, mais dont la moitié externe, repliée sous la première, était une grande poche purulente à paroi friable et partout adhérente, que j'ouvris sans l'extraire. Il est probable que mon collègue avait incisé un abcès péritonéal occupant le Douglas, et n'avait pu soupçonner l'existence de la poche tubaire située plus haut. Et de fait, quand on est tombé sur une collection et qu'elle s'est largement vidée, il est d'ordinaire impossible d'en constater une seconde au-dessus de la première et il serait imprudent de la chercher à toute profondeur. Si tout ne n'est pas affaissé, qui vous dit que l'empâtement qui reste n'est pas un paquet d'anses intestinales? Qui de nous n'a vu, au cours des laparotomies ou des hystérectomies vaginales, que les tumeurs révélées par le palper bi-manuel peuvent être formées par des choses imprévues? Et qui ne sait aujourd'hui avec un peu d'expérience, qu'une simple incision est exposée à laisser après elle, sinon toujours des abcès, du moins bien des causes d'infection nouvelle et de réveils douloureux?

En résumé, l'incision vaginale a un défaut : elle est aveugle, et s'éloigne des opérations à ciel ouvert dont nous avons maintenant l'habitude, pour se rapprocher de celles qui, par timidité, restreignent le rôle du chirurgien et confient le sort des malades à un outil plus ou moins perfectionné dont le mécanisme, si ingénieux qu'il soit, ne saurait tout prévoir. Aussi faut-il se tenir pour averti, et penser toujours aux mécomptes avoués par ses partisans, acci-

[1] Loco cit., p. 101.

dents de rétention, poussées de pelvi-péritonite, dont rendent si bien compte les dispositions complexes et les ouvertures faites un peu au hasard à travers les culs-de-sac péritonéaux ; s'attendre aussi à des résultats incomplets, à des rechutes fréquentes.

Mais d'autre part, est-il admissible que cette opération ancienne, l'ouverture d'un abcès, ait perdu toute valeur parce qu'il s'agit de la cavité pelvienne, et n'est-il pas probable, au contraire, qu'elle reste pour certains cas l'intervention la plus logique et la plus simple ? A coup sûr, on peut faire et j'ai fait maintes fois des incisions vaginales directes suivies d'un plein succès. Pour ne parler que des suppurations pelviennes, j'en ai relaté dans mon livre six exemples, dans lesquels j'ai été guidé, pour le choix de la méthode, une fois par la pusillanimité de la malade, une fois par la crainte de faire une opération plus longue et plus grave chez une fille qui avait des accidents cardiaques très sérieux, une fois par urgence absolue, la scepticité extrême du pus et la gravité de l'état général, trois fois par la jeunesse des malades et la date rapprochée de l'accouchement.

Depuis trois ans, j'ai observé d'autres cas pareils : le 22 février, chez une fille de 26 ans, après une fausse couche récente, collection énorme de pus fétide dans le Douglas; le 28 mars 1894, chez une femme très infectée, très pressante, un mois après une fausse couche suivie d'accidents fébriles et abdominaux, gros abcès péritonéal dans la même région ; le 13 avril 1896, chez une femme de 28 ans, un mois et demi après un accouchement septique, masse annexielle fluctuante et faisant bomber le cul-de-sac latéral gauche; le 25 juillet 1896, chez une femme de 32 ans, six semaines après une fausse couche suivie d'accidents graves, masse annexielle fluctuante à gauche de l'utérus. On voit qu'il s'agit presque toujours d'un état puerpéral récent.

Voilà des exemples qui m'aideront à formuler en quelques mots les *indications* de la méthode.

Une saillie fluctuante bien nette, une collection liquide soulevant manifestement la paroi vaginale, est une invitation au coup de bistouri, elle n'est pas toujours une indication formelle, s'il y a autour de ce point des lésions étendues et profondes. Mais quand, à la fluctuation très rapprochée, s'ajoute la simplicité probable du foyer purulent, l'incision est opportune et a chance de réussir. La plus grande simplicité appartient à l'abcès péritonéal faisant bomber le cul-de-sac postérieur, bien médian, bien liquide, flanqué d'an-

nexes peu malades, et qui, avec un bon drainage et quelques injections, guérira simplement comme ont guéri les abcès péritonéaux que j'ai ouverts par la laparotomie, et qui sont cités plus haut. J'ai dit que le siège du pus n'avait pas la plus grande part dans le choix de la méthode; nous aurions ici un exemple du contraire, s'il était toujours facile de reconnaître un abcès pur du cul-de-sac de Douglas.

Quand la suppuration est latérale et contenue dans la trompe, on n'est pas moins embarrassé. Il y a cependant des poches arrondies, fluctuantes sous la paroi vaginale et se présentant bien; la suppuration n'est pas très ancienne, la paroi tubaire n'est pas très dure. Si, en outre, la malade est jeune et si l'autre côté paraît sain, le devoir du chirurgien est tout tracé. Mais ne l'oublions pas, l'âge et la lésion unilatérale ne sont ici de bonnes raisons que si le foyer est très simple et très accessible; car, s'il est plus élevé et d'un diagnostic moins sûr, la laparotomie, tout en respectant les organes sains, voit plus clair et fait mieux.

L'acuité des accidents est un très bon guide. Or, les accidents sont aigus lorsque l'infection est récente. Dans cette première condition, le foyer est souvent simple par son siège, sa disposition, sa paroi, et se raproche des « abcès chauds » dont la guérison rapide, sous le pansement de Lister, nous étonnait si fort il y a quinze ans. C'est une première raison pour agir simplement.

Une deuxième raison, dans les mêmes cas, c'est la grande virulence du pus. En pleine septicémie, avec des températures élevées, la moindre souillure du péritoine est à craindre. La laparotomie n'est pas toujours formellement contre-indiquée, mais elle est extrêmement dangereuse. L'hystérectomie vaginale l'est beaucoup moins, parce qu'elle expose beaucoup moins le péritoine à l'inoculation septique; elle est cependant très délicate, surtout quand le volume excessif des collections et l'abondance du pus font prévoir l'inondation du champ opératoire et la difficulté de préserver une anse d'intestin grêle ou un lambeau d'épiploon. En même temps, la gravité de la septicémie et la faiblesse de la malade peuvent engager le chirurgien à s'abstenir d'une grande opération pour aller au plus pressé. Il est sage alors d'évacuer, si on le peut, les abcès afin d'abaisser la température et d'arrêter l'infection, quitte à faire plus tard, si la malade n'est pas guérie, une opération plus radicale.

Un troisième point d'une grande importance, est la friabilité de

l'utérus dans l'état puerpéral récent. Fût-elle aussi bien indiquée que possible, l'extirpation des organes peut donner de graves mécomptes pendant la période qui suit l'accouchement, période incertaine que je limite aux deux premiers mois environ, mais qui peut durer plus longtemps. Alors, dans la castration par l'abdomen, la corne s'arrache et le pédicule se coupe ; dans l'hystérectomie, le moignon se déchire, donne de mauvaises prises et l'opération reste en plan ou devient périlleuse.

En cas d'infections plus anciennes, et de suppurations chroniques, si parfois le réveil des accidents fébriles, une fluctuation nette au milieu des masses pelviennes, des phénomènes de compression amenés par une grosse tumeur, enfin le mauvais état général poussent le chirurgien à suivre d'abord l'indication pressante et à soulager sa malade, c'est alors qu'il doit s'attendre à n'avoir qu'un résultat palliatif; c'est alors que la simplicité du foyer est un mythe, que les douleurs reviendront, que la fistule persistera ; c'est alors qu'il faut poser en principe que l'incision vaginale est insuffisante, et qu'elle doit se donner comme un traitement d'attente ou franchement céder le pas aux autres méthodes.

Le *manuel opératoire* de l'incision vaginale est simple ; une main lourde, néanmoins, ne la ferait pas toujours avec sécurité. Laroyenne et ses élèves se servent du trocart spécial dont j'ai parlé. A Paris, nous n'aimons pas cette pointe qui s'enfonce au jugé, qui peut toujours, sauf dans les cas très faciles, manquer l'abcès ou faire quelque malheur. Nous aimons mieux disséquer de proche en proche, et, nous aidant du palper abdominal pour soutenir la tumeur et la pousser vers nous, arriver à son contact et l'effondrer à bon escient. L'ouverture du Douglas est élémentaire; celle des collections latérales est plus délicate. L'incision doit toujours être faite au milieu, dans le cul-de-sac postérieur, transversalement; tout autre point de départ serait dangereux pour l'utérine, l'uretère ou la vessie. Le bistouri n'est pas mauvais, mais un ou deux coups de ciseaux derrière le col me paraissent encore plus commodes. Une entaille vers le côté permet à la pointe des ciseaux mousses, guidée par le doigt qui la précède ou la soutient, d'aller dissocier le tissu cellulaire ou les adhérences du Douglas en passant derrière l'utérine, de choisir la saillie fluctuante et d'y pénétrer hardiment. En les sortant branches ouvertes on agrandit la brèche.

Cela fait, si on veut que la cavité se ferme, il faut la soigner minutieusement. Très différentes des poches purulentes qui se

comblent rapidement après la castration utérine, celles-ci ont peu de tendance à revenir sur elles-mêmes et ne demandent qu'à rester fistuleuses. Drainage, lavage, tamponnement iodoformé doivent être mis à contribution; la femme ne guérit pas toute seule. Le drain, même cousu à la muqueuse, peut être expulsé ; un diverticule peut échapper à l'influence du pansement, et la suppuration continue. La femme d'ailleurs, n'en est pas toujours incommodée et peut vivre de la vie ordinaire, en prenant quelques soins jusqu'à cicatrisation complète.

L'expérience nous a appris, depuis quelques années, combien l'application des méthodes gynécologiques est subtile, combien elle renferme de problèmes secondaires auxquels chacun de nous donne une solution différente, combien, à côté des règles principales, les détails prennent souvent d'importance. Il y a un art de bien faire les opérations; il y en a un autre, celui de les faire réussir. Et, pour appliquer cette idée à la question présente, je dirai que le chirurgien destiné à obtenir les meilleurs résultats de l'incision vaginale est, d'une part, celui qui adoptera l'incision méthodique, allant progressivement à la poche purulente et lui permettant de s'arrêter s'il a fait fausse route; celui, d'autre part, qui se donnera la peine de surveiller de près les suites opératoires, dans une région où s'accumulent les causes d'insuccès; enfin et surtout, celui qui, au lieu de chercher à démontrer qu'il est possible d'ouvrir habilement des foyers autour de l'utérus pour éviter les grandes opérations, tiendra compte avant tout des conditions précises dans lesquelles la méthode est indiquée, et, pouvant faire plus et mieux quand il le faut, saura la maintenir dans un cercle restreint.

LAPAROTOMIE

J'ai tenu, dans les pages qui précèdent, à serrer de près la discussion en m'appuyant sur des faits un peu longuement exposés, mais ayant par là même plus de valeur que des chiffres abstraits. La laparotomie, depuis longtemps consacrée par des états de service indiscutables, me demandera moins d'efforts. Il ne s'agit pas de mettre en doute son importance; mais il faut nous demander si elle est, contre les suppurations pelviennes, le dernier mot de la thérapeutique, et s'il est permis de s'y cantonner exclusivement. J'ai trois points à examiner : la gravité immédiate, la valeur des opérations incomplètes, le pronostic de la guérison.

La gravité immédiate est en relation étroite avec la qualité du pus. Il y a des pus stériles ou peu septiques, il y en a d'extrêmement virulents. On peut faire avec les premiers des séries d'opérations heureuses; on peut, avec de l'habileté, se défendre contre les plus mauvais; mais il importe de savoir que dans certaines laparotomies l'opérateur est désarmé. Les plus intransigeants reconnaissent le danger des grandes poches friables et adhérentes; l'aspiration du pus ne suffit pas, car il en reste assez pour inoculer le péritoine au moment où la déchirure se produit. J'ai cité[1] un cas très exceptionnel où, n'ayant pu atteindre le foyer par l'hystérectomie vaginale, j'ai fait un peu plus tard une laparotomie dans laquelle je n'ai pu triompher de la virulence du pus; et j'en concluais que « cette observation, bon exemple des difficultés inextricables auxquelles nous nous heurtons quelquefois, démontre en même temps l'insuffisance possible de l'hystérectomie vaginale et l'énorme avantage que nous trouvons à réussir par cette voie, dans les suppurations graves et chez les femmes infectées depuis longtemps. » Voici un fait récent très analogue : le 27 juin 1896, j'ai dû recourir, bien à contre-cœur, à une laparotomie que je n'aurais pas faite chez une femme de 43 ans ayant des lésions compliquées, si une hystérectomie vaginale, entreprise quatre jours auparavant, n'avait dû rester inachevée. J'ai enlevé deux pyosalpinx adhérents, sans pouvoir éviter une petite déchirure et une contamination limitée du cul-de-sac de Douglas. Tout fut mis en œuvre dans les meilleurs conditions apparentes : attouchements phéniqués, isolement du foyer par un tamponnement très exact, au milieu duquel un tube à drainage assurait l'issue des liquides. Aucun incident, aucune fausse manœuvre ne me donnaient d'arrière-pensée, et je me souviens d'avoir réussi maintes fois des opérations plus mauvaises. Mais le pus était d'une horrible fétidité, et la malade mourut d'infection rapide, en trente-six heures. Que pouvais-je faire qui eût mieux réussi ?

La gravité immédiate a encore une autre cause : les adhérences intimes avec l'intestin grêle et la déchirure de ses parois. Le gros intestin est assez facile à détacher, moins difficile à manier en cas de blessure; mais l'intestin grêle est une source de gros dangers : infection et mort rapides, ou fistules permanentes qui épuisent la malade et dont le traitement est périlleux. Que dire du chirurgien qui, pour démontrer devant un collègue la supériorité de la laparo-

[1] Loco cit., p. 107.

tomie contre les suppurations pelviennes, en pratique cinq à la file, et ne s'en tire qu'après avoir appliqué trois boutons de Murphy ? Que sont devenues ces trois malades ? Dans quelle statistique trouverons-nous leur histoire ?

Le malheur, c'est qu'il est difficile de connaître exactement la vérité. A côté des belles statistiques, il y a des séries d'opérations dont personne ne parle, des opérées dont on perd la trace. Un homme de valeur peut toujours affirmer, sans mentir, que sa méthode lui donne de beaux succès ; la notion du beau est toute relative. Un chirurgien, qui a enlevé dans sa vie beaucoup d'ovaires peu malades, dit un jour à la tribune : « Mes succès dans la salpingite suppurée sont tels que le relevé général de mes laparotomies pour affections des annexes me donne tant pour cent de mortalité. » Les journaux, peu attentifs, traduisent : « Il a tant pour cent de mortalité dans les pyosalpinx, » et la méthode bénéficie de l'erreur des journaux.

Le second point qui nous intéresse, c'est la valeur des opérations incomplètes. Car il faut bien de temps à autre, et quelle que soit l'audace dont il se vante, que le chirurgien s'arrête en chemin et se borne à l'évacuation du pus. Ces opérations-là ont un avantage, c'est de ne pas tuer la femme ; mais leurs suites ne sont pas brillantes. Nous ne sommes plus au temps où les chirurgiens, heureux de s'être tirés d'affaire, déclaraient que ces « fistulettes » n'avaient pas d'importance et guérissaient en quelques mois. La vérité, c'est qu'elles sont très souvent incurables, et tantôt constituent une déplorable infirmité qu'on retrouve au bout de trois ou quatre années sans grande altération de la santé générale, tantôt s'accompagnent de suppuration abondante, de septicémie chronique, de poussées subaiguës avec dépérissement, par la persistance et l'évolution des lésions qu'on a laissées dans le ventre. Je n'insiste pas ; beaucoup de laparotomistes ont reconnu de bonne heure que, si l'opération sus-pubienne laisse une fistule, l'hystérectomie vaginale est indiquée ; j'ajouterai seulement qu'elle l'était avant la fistule.

Troisième point : le pronostic thérapeutique, c'est-à-dire la solidité de la guérison après les opérations même bien terminées. Je me suis attaché à démontrer [1] que souvent la castration ovarienne bilatérale est encore une opération parcimonieuse, qui laisse un utérus infecté, congestionné, douloureux, et que cet inconvénient de

[1] Loco cit., p. 241, 287.

laisser l'utérus est en rapport avec l'état pathologique de l'organe et avec le tempérament des malades. Je ne veux pas reproduire ici des considérations de pathologie générale qui m'entraineraient un peu loin, ni rappeler combien diffèrent entre elles les lymphatiques, dont les douleurs disparaissent avec leurs causes visibles, justifiant ainsi les opérations partielles, et les arthritiques nerveuses, dont les gros utérus ne s'atrophient pas, dont les fongosités saignent encore, dont les douleurs continuent. Pour ne parler que de l'utérus et de son état pathologique, je rappellerai le cas cité au neuvième Congrès de Chirurgie et auquel j'ai fait allusion plus haut (p. 157) : malade opérée pour un pyosalpinx, et dont l'utérus, rempli de pus fétide, contenait dans sa paroi deux gros foyers purulents interstitiels que j'ai ouverts au cours du morcellement. Qu'aurais-je fait de bon sans la castration utérine? Je rappellerai encore 36 cas déjà publiés d'hystérectomie vaginale secondaire, auxquels il faut en ajouter cinq recueiliis depuis ma dernière publication. Sur ces 41 malades, neuf avaient été opérées pour suppuration pelvienne, et parmi ces neuf, cinq fois la laparotomie avait enlevé un pyosalpinx unilatéral, et l'hystérectomie fut faite pour un pyosalpinx de l'autre côté; quatre fois j'enlevai un utérus volumineux, hémorrhagique, rétrofléchi, adhérent; une fois l'utérus était petit et mobile, avec une muqueuse saine, mais la malade souffrait continuellement. Il faut le reconnaître, en somme : l'extirpation des annexes par la voie abdominale ne donne pas toujours dans les suppurations pelviennes, une guérison définitive.

C'est ce que semblent avoir compris les chirurgiens qui font, depuis quelque temps, « l'hystérectomie abdominale totale. » On la vante beaucoup en Amérique, et on la fait très bien; chez nous quelques-uns l'ont préconisée. Là-bas, comme ici, elle est adoptée par ceux qui ignorent l'hystérectomie vaginale. Je lui reconnais un mérite, c'est d'assurer la guérison en ajoutant la castration utérine à l'ablation des annexes; mais je lui fais les mêmes objections qu'à toute laparotomie : comment se défendre contre certains pus virulents, comment se tirer des cas inextricables? Je ne me fie pas aux descriptions intéressées; on choisit un cas simple pour le décrire, on proclame que rien n'est facile comme de décoller la masse annexielle et de la circonscrire dans une ligature ou dans une pince coudée d'une certaine façon. Je connais bien ces cas-là, ils donnent raison à toutes les méthodes; vous pouvez jouer à l'aise avec un serpent tubaire à parois épaisses et mollement adhé-

rent. Mais il faudrait nous parler un peu plus des cas graves, et des difficultés qui surgissent quelquefois sans qu'on les ait prévues. Ainsi, quand vous avez longuement énucléé une poche à paroi mince, anxieusement protégé l'intestin grêle, essuyé rapidement quelques points touchés par le pus fétide, assujetti un pédicule friable, il vous faut encore prolonger la manœuvre, travailler dans ce foyer suspect, multiplier les chances d'inoculation, au lieu de faire le plus tôt possible une désinfection complète et un pansement protecteur? En vérité, c'est méconnaître, avec trop de persévérance, la sécurité que donnent pour le péritoine l'ouverture des foyers purulents par la voie vaginale et l'absence de lutte contre les adhérences.

J'ai l'air, en ce moment, de faire le procès de la laparotomie; mon seul but est de fixer les limites de son pouvoir, pour démontrer que nul chirurgien n'a le droit de se contenter d'une éducation incomplète. Mais ces limites ne sont pas étroites; et pour me défendre de toute partialité à cet égard, il me suffira de citer, comme je l'ai toujours fait depuis que ces questions sont à l'ordre du jour, le nombre de mes laparotomies. Depuis le commencement de l'année 1895, j'ai fait 48 laparotomies pour des annexites suppurées ou non, et dans la même période mes hystérectomies, faites sur des indications de même ordre, dépassent un peu la centaine (j'en ai 178, en y comprenant tout, fibromes, cancers, etc.). Or, quelques-unes des laparotomies ont été faites pour des raisons spéciales : hystérectomie vaginale inachevée, dont j'ai parlé tout à l'heure (p. 173); tumeurs volumineuses et complexes, d'un diagnostic impossible ou obscur, hématosalpinx accompagné de petits fibromes, gros hématosalpinx dominant l'utérus et montant jusqu'à l'ombilic, kyste séreux du ligament large quatre ans après une hystérectomie avec ablation complète des ovaires et des trompes, gros kyste purulent de l'ovaire très haut situé chez une femme de 55 ans, etc. Mais, d'une façon générale, ce qui m'a guidé dans le choix de la méthode, c'est que, la femme étant jeune et la lésion bilatérale n'étant pas démontrée, j'avais l'espoir de laisser un ovaire sain. Souvent, à vrai dire, l'espoir a été déçu. Pour ne parler que des suppurations, si je mets à part un cas de pyosalpinx bilatéral où la malade exigea une laparotomie, et un autre pareil où je la pratiquai pour attaquer et fort heureusement guérir une péritonite aiguë généralisée, je trouve que 6 fois seulement je pus faire une castration unilatérale, et que 7 fois je dus enlever les deux côtés. Dans les affections non suppu-

rées, 2 fois je me bornai à une rupture d'adhérences, 15 fois j'enlevai un seul côté, 7 fois je dus faire la castration double pour des lésions parenchymateuses, hydropiques, etc. Quatre ou cinq fois pour le moins, je laissai du côté relativement sain un ovaire déjà altéré, une trompe oblitérée, quelque lésion me donnant des doutes sur l'avenir et m'assurant l'infécondité de la femme; je respectai de parti pris l'ovaire le moins malade, pour conserver les règles et l'équilibre des fonctions. Les opérations que j'ai faites là n'ont pas toutes une égale valeur; quelques-unes des malades sont destinées à l'hystérectomie secondaire. Mais je ne me repens pas d'avoir tenté les chances de conservation qui leur restaient.

En somme, la laparotomie triomphe toutes les fois qu'il y a des organes à respecter. Telle est son *indication* vraie, et je répète qu'elle a ainsi un assez vaste champ d'action. L'âge de la femme, la certitude ou l'espoir d'une lésion unilatérale, telles sont les raisons qui doivent nous inspirer. La lésion unilatérale ne suffit pas; elle ne peut vraiment nous décider que si la femme est jeune, car il ne faut pas sacrifier pour une chimère le pronostic opératoire et la perfection du résultat thérapeutique. Dans les propagations infectieuses de la métrite, et surtout dans les suppurations, il faut beaucoup de chance pour tomber sur une lésion franchement unilatérale. Quand on cède au désir de faire le moins possible, on s'expose à laisser dans le ventre une salpingite qui paraissait bénigne, mais qui doit évoluer et ramener les douleurs. A telle enseigne que, chez une femme d'un certain âge et ayant fait ses preuves de fécondité, cette recherche de l'opération parcimonieuse devient un préjugé condamnable. Si, au contraire, la femme est jeune et s'il y a le moindre doute, il est de toute évidence qu'on doit raisonner autrement et savoir s'exposer à quelques revers thérapeutiques, pour ne pas faire bon marché de la fécondité de la femme, ni troubler inutilement ses fonctions.

La laparotomie est tellement répandue, qu'il serait inutile et prétentieux d'insister sur le *manuel opératoire,* et sur les idées directrices auxquelles tout bon laparotomiste obéit. On peut dire que l'art de réussir une opération de ce genre est connu de tous. Il y a cependant, ici comme partout, des préjugés et des partis pris, qui motiveraient une étude approfondie; mais je n'y entrerai pas, et je ne ferai qu'un petit nombre de réflexions.

Il est certain que le plan incliné est un perfectionnement. Il permet de mieux protéger l'intestin, sans dispenser toutefois d'y faire

grande attention, et peut-être a-t-on exagéré la sécurité qu'il donne à cet égard. Il permet surtout de bien mettre au jour la cavité pelvienne, et d'opérer *de visu* comme dans une hystérectomie vaginale.

Nous sommes revenus des grands lavages du péritoine, qui avaient tout d'abord enthousiasmé quelques chirurgiens. Nous disons maintenant qu'au lieu d'entraîner les germes septiques, ils les répandent à travers l'abdomen. Cependant, n'allons pas d'un extrême à l'autre ; le grand lavage a encore des indications. Je me souviens toujours d'un kyste ovarique à pédicule tordu, qui se rompit dans l'abdomen sous une très légère pression des doigts, quelques minutes avant l'opération. Je me hâtai d'ouvrir le ventre, et je trouvai du pus, nullement stérile, répandu à profusion depuis le fond du Douglas jusque dans les flancs et sous le diaphragme. Je fis passer 25 litres d'eau salée, et la malade guérit après avoir eu 38° pendant deux ou trois jours, mais sans m'avoir inquiété un instant. Disons que le grand lavage est utile et nécessaire dans les diffusions purulentes étendues qu'on n'est pas toujours maître d'éviter, avec les énormes poches, et après certaines erreurs de diagnostic ; le bon sens indique qu'il serait illusoire de toucher à l'acide phénique ou d'essuyer quelques anses intestinales. Mais alors, il doit être prolongé, surabondant.

Autrement, nous aimons mieux faire l'antisepsie à sec, pour ainsi dire, sur les points contaminés. Mais il y a là, encore, une question d'opportunité et de sens chirurgical ; si la surface touchée est assez grande, si le pus semble très mauvais, n'est-il pas plus sûr de laver d'abord cette surface et d'entraîner rapidement les liquides ? Il suffit, pour éviter la diffusion de l'agent septique, de bien circonscrire le foyer par des compresses ou des éponges. Ce lavage sobre et limité peut être excellent. Avant tout, n'ayons pas de système absolu, et ne disons pas trop souvent « mon procédé » ou « ma pratique. »

Dans tous les cas où l'asepsie du foyer ne paraît pas suffisante, il faut terminer par un tamponnement avec de la gaze antiseptique ou aseptique.

Ici j'aurais deux points à traiter : l'abus du tamponnement, et la manière de le pratiquer. Il y a des chirurgiens pour qui le moindre globule de pus soupçonné dans la profondeur d'une trompe non ouverte est un motif pour tamponner. Et quand ils voient s'écouler dans le pansement une abondante sérosité, ils s'applaudissent

d'avoir été prudents. Mais si le tampon n'existait pas et si le péritoine n'était pas ouvert, il n'aurait pas tant sécrété. Vous n'avez gagné qu'une vilaine cicatrice et une éventration. Dans quels cas précis doit-on fermer, dans quel cas laisser ouvert ? C'est affaire de tact et d'expérience : on laisse dans le ventre ou des surfaces bien nettes ou des fragments déchiquetés qui peuvent être septiques.

Quant à la manière de pratiquer le tamponnement, c'est une proposition irréfléchie de dire qu'on le fait « pour assurer le drainage. » Je répète souvent que les tampons servent à tamponner, et que pour faire du drainage il faut un drain. Sans doute, plus mince est la mèche de gaze, plus elle permet l'issue du liquide ; mais un tamponnement exact et modérément tassé peut être une cause de rétention. J'ai connu des cas où les malades, infectées et compromises, furent sauvées juste à temps par l'ablation des mèches ; celles-là en furent quittes pour une suppuration plus abondante et plus longue. Or, il faut tamponner très exactement pour compléter une hémostase difficile, ou pour créer des adhérences et bien circonscrire le foyer ; et souvent, après les opérations graves, on aura peur d'enlever la gaze trop tôt. Il est donc important de n'être pas pressé par des accidents de rétention ; et la seule manière, c'est d'associer le drainage au tamponnement et de placer un tube allant jusqu'au fond.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Toutes les résistances ne sont pas vaincues, mais il est aisé d'en prévoir la fin. Il y aura toujours, entre les chirurgiens, des différences d'opinions et d'aptitudes ; mais il n'y aura plus d'exclusion prononcée contre une des plus belles acquisitions de la gynécologie. En Angleterre, en Allemagne, en Amérique, l'hystérectomie vaginale n'est pas encore à la place qu'elle doit occuper, mais elle y est déjà défendue par des hommes de haute valeur, et ceux qui la méconnaissent encore trouvent à qui parler. J'en veux pour preuve en ce qui concerne l'Amérique, les excellents travaux que j'ai lus récemment et qui sont signés Henrotin, Garceau, Sherwood-Dünn, Wathen. Et la conquête de l'Amérique n'aura pas une mince valeur, car c'est dans ce pays, si riche en habiles chirurgiens, que la laparotomie semble avoir conservé le plus de fierté et d'intransigeance.

Je procéderai, comme je l'ai fait tout à l'heure, en examinant d'abord la gravité immédiate, et je répéterai ici ce que j'ai dit maintes fois, c'est que l'intervention par la voie vaginale a d'ores et déjà répondu à notre attente en faisant ses preuves de bénignité relative. Sur l'ensemble de mes 569 hystérectomies vaginales, cancers, fibromes, suppurations et affections non suppurées, la mortalité est exactement de 5 %; si j'élimine les cancers, elle tombe à 4 1/2. La statistique partielle des suppurations donne 6 1/2 pour cent. Elle se divise en trois séries : dans la première, j'avais 5 morts sur 61 cas; dans la seconde, 3 morts sur 66; dans la troisième, que je n'ai pas encore publiée et qui s'étend du 25 septembre 1895 au 3 août dernier, j'ai 23 suppurations et 2 morts. Dans chacune de mes communications, j'ai donné en détail l'analyse des cas malheureux. Pour continuer dans cette voie, je dirai que le premier insuccès de ma dernière série est survenu le 19 octobre 1895, chez une femme qui avait deux énormes poches contenant du pus fétide, avec de la fièvre et des frissons; j'enlevai intégralement les annexes et n'eus aucune surprise, aucune fausse manœuvre apparente; j'attribuai la mort, qui survint au bout de 48 heures avec une ascension verticale de la température, à la septicité extrême du pus et à la souillure inaperçue de quelque point du péritoine, c'est-à-dire à l'accident même que la voie vaginale nous permet d'éviter le plus souvent. Le second insuccès eut lieu le 31 octobre, chez une malheureuse qui, traînée d'un médecin à l'autre, condamnée à l'immobilité pendant de longs mois et suppurant depuis deux années, était arrivée à ne plus manger, à ne plus se tenir debout, et avait un pouls à peine sensible; après une opération que je laissai volontairement incomplète pour ne pas lui donner le coup de grâce, elle mourut cependant avec 36° et 35°, dans la nuit du 1er au 2 novembre.

Il est bien difficile de se former une opinion d'après les chiffres, quand on n'a pas vu les opérations et suivi les malades. Chacun trouve que sa statistique est bonne, et que celle du voisin ne prouve rien de plus. On m'a dit, quand j'avais 8 pour cent de mortalité dans les suppurations, que cela ne démontrait pas victorieusement la supériorité de l'hystérectomie vaginale; c'était vrai, et cependant mon opinion était déjà faite. On ne m'a rien dit quand j'ai eu, dans la seconde série, 4 1/2 pour cent; que dira-t-on quand j'annonce 2 morts sur 23 cas, et 6 1/2 pour cent dans les trois séries? Il appartient à chacun de nous d'examiner en conscience,

non seulement le nombre de ses opérations, mais la proportion des cas graves ou désespérés, les suites prochaines, les accidents tardifs.

Les cas de mort mis à part, je n'ai pas eu, dans le cours des 300 opérations faites depuis la publication de mon livre, c'est-à-dire depuis la fin de l'année 1893, un accident opératoire ayant eu quelque suite et méritant d'être noté. Mes malades ont guéri, sans aucune réserve.

Les succès réguliers de l'hystérectomie vaginale entre les mains qui l'ont bien apprise, sont maintenant hors de discussion. Et la bénignité relative de l'opération est due aux facilités qu'elle donne pour éviter les deux écueils dont j'ai parlé plus haut, la contamination du péritoine et la blessure de l'intestin grêle; de telle façon que les pus très virulents et les adhérences intimes ne sont plus une pierre d'achoppement. Les foyers sont ouverts méthodiquement à leur partie déclive, le pus coule d'emblée à l'extérieur; les doigts, passant derrière la trompe, la poussent de haut en bas, et les gouttes de pus n'atteignent que les points de la tranche vaginale qui seront lavés directement et séparés de la séreuse par le tamponnement final. Quant aux adhérences dangereuses, elles sont vite reconnues par la fixité des poches purulentes; aucune lutte avec l'intestin grêle, qui se protège de lui-même et qu'on ne voit pas; simple ouverture, lavage et tamponnement des cavités.

Car ici nous ne sommes pas forcés, comme dans les opérations sus-pubiennes, d'extirper intégralement les organes pour avoir un bon résultat, et tout autre est la valeur des opérations incomplètes. Je me répéterai encore, en défendant une idée que j'ai maintes fois soutenue, et sans laquelle on ne peut se vanter d'avoir bien compris la méthode : la guérison parfaite n'est pas liée à l'ablation intégrale des annexes. Les adversaires de l'hystérectomie ont prétendu que son défaut est de rester quelquefois incomplète, et de laisser dans le ventre des parties malades qui seront la cause de douleurs et de poussées nouvelles. Ses partisans eux-mêmes, les moins expérimentés, ont pensé que, pour faire une bonne opération, il était nécessaire de ne pas laisser le moindre lambeau. C'est une grande erreur, et d'autres ont dit avec raison que les trompes et les ovaires demeurent silencieux après la disparition de l'utérus, bien plutôt que l'utérus après la disparition des annexes. Quand des adhérences totales ont obligé le chirurgien à sculpter seulement l'utérus au milieu du processus fibreux, à vider les poches purulentes et à les

traiter méthodiquement, la malade guérit très vite, la masse pelvienne s'assouplit en quelques semaines, et les poches sont oblitérées par le travail cicatriciel, sans qu'il reste ni fistule ni suppuration prolongée.

Voici les preuves. Dans ma première série, sur 61 cas de suppuration pelvienne, j'ai fait 22 fois l'ablation totale, 12 fois l'ablation unilatérale, et 27 fois je n'ai rien enlevé des annexes. Or, j'ai vu deux femmes, après une opération compliquée dont elles ont guéri dans les délais ordinaires, garder au fond du vagin une petite cavité suppurante qui s'est fermée au bout de quelques mois; voilà pour les suites immédiates. Et pour les suites éloignées, j'ai vu une fois, au bout de deux ans, la cicatrice vaginale devenir douloureuse; j'ai dû ouvrir un abcès gros comme un dé à coudre, et au-dessus de lui, une petite collection de sérosité; le tout a guéri promptement et sans retour. Dans ma seconde série, les 66 cas de suppuration comprennent : 30 ablations bilatérales intégrales, 5 bilatérales sauf un ovaire ou une trompe, 11 unilatérales, 20 castrations utérines pures, sur lesquelles j'ai même une fois laissé le fond de l'utérus. Pas une malade n'a eu de suites prolongées. Enfin, ma troisième série comprend, sur 23 cas, 11 ablations bilatérales intégrales, 1 bilatérale des trompes sans les ovaires, 2 unilatérales, et 9 opérations où je n'ai enlevé que l'utérus. Je note ici une malade qui, après une opération laborieuse datant du 5 janvier, a encore le 31 juillet une fistulette peu profonde et qui ne la gêne pas; une autre, opérée le 3 janvier, me montrait le 22 avril au milieu de sa cicatrice un point de suppuration dont elle est maintenant guérie, mais celle-ci compte justement parmi les bilatérales intégrales.

Tels sont les faits. Le principe qui doit nous guider, le but auquel nous devons tendre, n'en est pas moins l'extirpation complète ; il faut le dire aux chirurgiens encore timides qui seraient tentés de s'arrêter à moitié chemin. Mais, pour ceux qui ne s'arrêteraient jamais et s'acharneraient à tout arracher, il n'est pas inutile de répéter qu'en thèse générale, après la disparition de l'utérus et l'évacuation du pus, le pansement des organes malades vaut autant que leur suppression.

Que dire maintenant des assertions que j'ai lues : « L'hystérectomie vaginale est une mauvaise opération; tous les désavantages sont pour elle; on ne peut admettre qu'une malade guérisse quand on lui laisse des trompes malades; la nécessité du drainage prolonge la convalescence; on voit des hernies de l'intestin à travers

la cicatrice... » A ceux qui tirent ainsi leurs dernières cartouches, conseillons d'examiner de plus près et de juger sans passion.

Je n'ai plus qu'un mot à dire sur le pronostic thérapeutique, ayant noté que les femmes très bien opérées peuvent rester malades par le seul fait qu'on leur a laissé l'utérus. Tout chirurgien dont l'expérience est complète parce qu'il a pratiqué les deux méthodes, sait aujourd'hui que la netteté, la franchise des guérisons est liée pour une grande part à la castration utérine. Et ce qui le démontre bien, c'est le résultat constamment heureux de l'hystérectomie vaginale secondaire. Je l'ai prouvé par l'analyse de 36 exemples, devenus 41 depuis cette année. Et je considère si bien la castration utérine comme le point essentiel, que je ne tiens plus absolument, quand l'utérus est parti, à extraire un ovaire laissé par le laparotomiste; plus d'une fois j'ai négligé des annexes que j'aurais pu enlever sans coup férir, et je n'ai vu aucune différence dans les résultats.

Peut-être même, en présence des idées qu'on a mises en avant sur le rôle de certains organes glandulaires dans l'économie, n'est-il pas sans intérêt de laisser en partie des annexes dont l'ablation totale n'est pas nécessaire. En d'autres termes, et à la rigueur, il n'est pas impossible qu'un ovaire inutile au point de vue de la reproduction soit encore utile, même après la castration utérine et la disparition des règles, à l'équilibre des fonctions physiologiques; mais c'est une thèse que je n'oserais pas soutenir.

On voit par tout ce qui précède comment je conçois les indications de l'hystérectomie vaginale. Sauf les cas réservés tout à l'heure à l'incision directe et à la voie abdominale, qui ne sont ni rares, en somme, ni de peu d'importance, elle est, par sa bénignité relative et par la sûreté de ses guérisons, la méthode de choix contre les suppurations pelviennes.

Me voici maintenant au *manuel opératoire*. Cest ici qu'il faudrait reprendre en détail les questions que j'ai minutieusement traitées dans mon livre[1] en m'efforçant de substituer aux descriptions sommaires des mémoires et des thèses un tableau exact et vivant. C'est ici qu'il faudrait montrer aux derniers opposants que l'opération n'est ni brutale ni aveugle comme ils le disent. C'est ici, enfin, qu'il importerait d'ouvrir un chapitre, à l'usage de ceux dont l'opinion et la main ne sont pas encore affermies, sur la manière de réussir une hystérectomie vaginale. Je ne pourrai

[1] Loco cit., p. 313.

qu'effleurer les éléments principaux de ce chapitre, que je voudrais voir écrit d'après les us et coutumes de quelques bons opérateurs, vus de près et comparés entre eux.

La vulgarisation de l'hystérectomie vaginale contre les suppurations pelviennes repose absolument sur l'usage des pinces. Or, j'ai ouï dire par nos collègues d'outre-mer que les bonnes pinces ne sont pas encore bien connues là-bas. J'imagine qu'ils n'auront pas grand'peine à copier les nôtres ou à les faire venir.

Il faut, comme de juste, avoir de bons instruments ; il faut que les pinces, notamment, soient parfaites ; mais il faut en avoir peu. Je reste partisan fidèle de la simplicité instrumentale, et je repousse l'outillage compliqué, abondant, les formes bizarres, les écarteurs coudés sous tous les angles. Presque toujours, j'achève l'opération avec une valve courte à la commissure, et un écarteur étroit de longueur modérée ; il est très rare que, dans les cas difficiles et chez les femmes étroites, j'use momentanément d'un troisième écarteur. Je fais la première incision circulaire avec les ciseaux qui vont me servir dans la suite, et je ne comprends ni les bistouris coudés à droite et à gauche — bien que j'en aie fait construire autrefois — ni le thermocautère. Avec les ciseaux utérins, trois pinces à traction, un bistouri à long manche, deux écarteurs coudés à angle droit, une valve courte un peu large, vingt pinces hémostatiques ordinaires bien solides et six ou huit longuettes à mors courts et droits, l'arsenal est complet ; ce qu'on peut y ajouter n'arrive pas à faire cinquante instruments, dont plusieurs ne serviront guère. Les mors des longuettes doivent être courts, de 3 à 5 centimètres, pour faire de bonnes prises ; depuis huit ans je n'en veux pas d'autres, bien qu'on m'attribue encore, dans quelques écrits, la longue pince d'autrefois.

Si je refuse les instruments nombreux et compliqués, c'est qu'ils ne rendent pas la main plus habile et ne suppléent pas à l'exacte notion de ce qu'on doit faire. La confiance dans l'opération doit reposer, non sur l'emploi d'un outil ingénieux, mais sur la connaissance approfondie des indications à remplir. Exemple : j'ai trouvé bonne, il y a quelques années, une pince fenêtrée destinée à saisir les annexes et dont la prise est, en effet, très solide ; mais je ne m'en sers plus jamais, parce que la difficulté n'est pas de bien saisir, mais de ne pas déchirer. Prenez les tissus comme vous voudrez, mais d'abord ayez la douceur persévérante, l'harmonie dans les mouvements sans lesquelles tout casse et tout lâche.

Je ne dis rien ici des manœuvres de la section utérine et du morcellement. Mais, l'utérus enlevé, il s'agit de se préserver contre un double danger : l'infection et l'hémorrhagie. Or, rien n'est plus facile, dans les suppurations pelviennes, que de faire une hystérectomie aussi mauvaise que la plus mauvaise des laparotomies ; rien de plus facile que d'attaquer les poches purulentes de manière à les vider dans le péritoine. Mais c'est le mérite de l'opération vaginale de pouvoir presque toujours éviter ce contact, de savoir protéger le ventre avec des éponges montées pendant qu'une large ouverture est faite à la trompe au niveau même de la plaie vaginale, éviter les tractions qui amèneraient la rupture du foyer en arrière, passer les doigts au-dessus des annexes pour trouver le joint, les envelopper tout entières et les attirer sans que les produits septiques puissent refluer vers le péritoine, enfin ramasser l'ensemble du ligament large et amener sa face postérieure, quelquefois déchirée à la portée des tampons qui fermeront l'abdomen ; d'autres fois s'abstenir, respecter les adhérences et ouvrir les poches purulentes au-dessous de leur barrière protectrice. Un confrère étranger, qui visitait les hôpitaux parisiens et suivait assidûment mon service, me vit un jour, dans une opération laborieuse, décoller sans le rompre un gros serpent tubaire gorgé de pus, et de l'autre côté ouvrir sans l'extraire une poche à adhérences profondes et à paroi mince. « Je comprends aujourd'hui, me dit-il, pourquoi vos malades guérissent, et pourquoi j'en ai vu d'autres mourir. »

J'ai toujours prêché l'hémostase complète, absolue. Quand une pince est placée sur l'utérine, une autre sur la corne, il y a souvent entre elles un sinus où quelque vaisseau donne du sang. Il faut y ajouter une pince hémostatique ordinaire ou même deux, et fermer, pour ainsi dire, le ligament large en rapprochant ses deux feuillets ou ramenant tout au moins son feuillet postérieur. Il ne faut rien laisser de suspect en arrière du ligament, rien qui puisse verser du sang dans le péritoine. Dans les cas simples, on s'en tire avec deux ou trois pinces de chaque côté ; mais quand la région est très vasculaire, il n'y a pas de déshonneur à en laisser davantage. Dans les cas difficiles, alors que tout semble fini, on voit encore sourdre un peu de sang dans la profondeur ; il paraît venir du ventre, on ne sait d'où ; il coulera longtemps si on n'y prend garde, au milieu de la journée il faudra venir au secours de la malade ; son moindre inconvénient sera de faire un hématome pelvien et de créer une source d'infection. Or, le sang vient d'une déchirure postérieure du

ligament large qu'on n'a pas sous les yeux ; tout s'arrête quand on a substitué ou ajouté, à la pince qui tient la corne, une autre pince allant plus haut sur le bord supérieur du ligament, et qu'on dirige avec le doigt pour ne pas saisir l'intestin.

Quand tout est sec à droite et à gauche, il faut s'occuper de la tranche vaginale postérieure, qui saigne toujours ; l'antérieure jamais. Deux à quatre pinces hémostatiques ordinaires ferment le tissu prérectal en bordant la section du vagin avec celle du péritoine, quand celle-ci peut être atteinte et ramenée en avant. C'est alors, quand je ne vois plus une goutte de sang, que je me décide à tamponner la plaie. Sans doute, je pourrais quelquefois passer outre à un suintement léger, mais quel avantage y a-t-il ? Et j'ai connu des malheurs ou des alertes graves survenus par cette négligence ; aujourd'hui encore, la manière d'appliquer les pinces et de faire l'hémostase est pour quelques-uns une pierre d'achoppement.

Tout n'est pas dit quand l'opération est terminée ; les soins consécutifs ont une importance capitale. Il y en a cependant que je ne comprends guère. Ainsi, la glace sur le ventre est une pratique surannée dont je ne vois pas l'intérêt ; elle date d'une époque où « l'inflammation » était la cause de la péritonite et le froid un antiphlogistique. L'employez-vous maintenant contre la douleur ? J'en ai fait usage pendant plusieurs mois en 1893, et n'en ai tiré aucun profit ; je m'en tiens à l'emploi modéré des piqûres de morphine pendant quarante-huit heures. J'en dirai autant des injections sous-cutanées de sérum artificiel, faites de parti-pris chez toutes les malades. Les auteurs ont le jugement prompt sur de petites habitudes qu'ils ont ainsi contractées. Un collègue me dit un jour : « Toutes mes malades prennent du naphtol avant l'ovariotomie, et j'en obtiens les meilleurs résultats. » Quels résultats ? Qu'avez-vous constaté ? Cela voulait dire « mes malades guérissent ; » alors pourquoi les miennes guérissent-elles sans naphtol ? Aujourd'hui le chirurgien qui donne du sérum à toutes ses opérées, petites et grandes, et qui « en obtient les meilleurs résultats, » devrait produire au moins une statistique supérieure à toutes les autres ; on chercherait la cause et cette cause pourrait être le sérum. Autrement, je l'accuse de regarder ses malades à travers une théorie préconçue.

Mais à côté de ces pratiques individuelles, certains détails plus ou moins méconnus doivent être signalés, car ils entrent pour une grande part dans les succès et dans les revers. Telle la manière de tamponner la plaie. Les tampons doivent occuper le canal artificiel

formé par la plaie du vagin et la section des ligaments, de manière à couvrir les parties suspectes; mais ils doivent s'arrêter aux abords du péritoine sain et ne pas aller trop loin, parce qu'ils seraient difficiles à retirer, douloureux, laisseraient des lambeaux dans la plaie en voie de rétraction, finiraient par se salir et par infecter autour d'eux. Ceux que je préfère sont en coton hydrophile iodoformé, gros comme des noix et surtout très lâches, ce qui est toujours difficile à obtenir de ceux qui les préparent; c'est ainsi qu'ils se moulent sur les tissus et les pinces, comblent les interstices et tamponnent exactement, solidement, sans faire de compression exagérée. On peut, sans doute, arriver au même but avec la gaze; mais, c'est moins commode et il faut y faire grande attention, car c'est un point qu'on a souvent le tort de traiter à la légère, au moins en paroles. Il faut surtout que le tamponnement ne soit pas fait d'un seul bloc, et que la partie supérieure puisse rester en place et protéger longtemps le péritoine, pendant que la partie inférieure se salit et se renouvelle. Dans une de mes dernières opérations pour fibrome, le 30 juillet 1896, on n'eut à me présenter que des mèches de gaze pour faire le pansement; je les disposai de mon mieux et tout alla bien. Mais le cinquième jour la gaze était sale, odorante, et la garde, en mon absence, crut devoir l'enlever et faire une injection; en quoi elle n'agît pas sans motif plausible, car la gaze infectée de proche en proche pouvait menacer le péritoine; s'il y avait eu des tampons séparés, elle aurait enlevé les inférieurs seuls. L'injection fut faite très doucement, avec du sublimé faible; et la malade fut prise d'une douleur excessive dans tout l'abdomen, et d'un état nerveux bien connu des opérateurs qui ont fait des injections prématurées. Elle n'en guérit pas moins, sans accidents et sans fièvre; mais il n'y a qu'une nuance entre ces cas-là et ceux où l'injection passe dans le ventre en quantité notable et cause la mort en vingt-quatre heures. Aussi, outre la manière de faire le tamponnement, ce fait soulève-t-il une double question : quel jour doit-il être enlevé ? Quand et comment les premières injections?

Je considère comme une grave imprudence d'ôter les tampons le même jour que les pinces; pratique à l'usage de ceux qui pansent avec une éponge, car l'éponge s'infecte rapidement, s'accroche aux tissus et cause tout au moins une extrême douleur quand on l'arrache au bout de quelques jours. Tout réussit à la rigueur; on côtoie le danger sans le voir; puis un échec survient, mais content de ce

qu'on a fait jusqu'ici, on cherche ailleurs la cause, et ainsi durent les mauvaises habitudes.

J'ai entendu le récit d'une opération après laquelle les tampons furent enlevés en même temps que les pinces; le chirurgien fit séance tenante une injection de sublimé, et la malade, qui allait bien jusque là, mourut dans les vingt-quatre heures. Une infirmière, qui longtemps avait été la mienne, prit à part un des internes et fit quelques réflexions timides. Le chef de service, esprit ouvert et parfait chirurgien, ne fut pas long à modifier sa pratique et à réussir l'hystérectomie vaginale.

Un tamponnement bien fait peut et doit rester jusqu'au jour où le péritoine est certainement protégé par les adhérences. Mais quel est ce jour? Voici ce que j'ai vu : chez une malade opérée le 5 novembre 1895, quelques minutes après l'ablation des pinces une hémorrhagie se déclara; manœuvre nouvelle pour examiner la plaie, ressaisir quelques artérioles et faire un nouveau pansement; guérison sans aucune entrave. Je vis alors comment, dans ces cas apyrétiques, le péritoine se comporte. Comme il n'y avait pas de sang dans le petit bassin, la région m'apparut telle qu'elle était avant l'hémorrhagie, au moment de l'ablation des pinces; il n'y avait pas la plus petite adhérence, l'intestin rose et mobile se présentait à la plaie. Voilà qui me suffit pour déclarer qu'à ce moment, si on enlève les tampons, le péritoine n'est protégé ni contre un liquide injecté ni contre une infection venue d'en bas.

Autre fait plus malheureux et déjà publié. Chez une femme de 62 ans, opérée le 11 avril 1892 pour un fibrome enclavé qui lui causait d'excessives douleurs, tout marchait absolument bien, mais j'eus le malheur de craindre, à cause de son âge, l'empoisonnement iodoformé, cet accident qu'on a vu sans doute, mais que je n'ai jamais vu, et qui me fait toujours l'effet d'une mauvaise excuse aux revers des chirurgiens. Il advint donc que j'enlevai les tampons le lendemain des pinces, le quatrième jour, ce qui ne me semblait pas d'une grande témérité. Je fis une injection douce avec du sublimé affaibli, comme je le faisais encore à cette époque. La malade fut prise de douleur et d'agitation extrêmes, avec fréquence et petitesse du pouls, et mourut en 36 heures. Dès lors mon éducation était faite, et je dis maintenant qu'il faut laisser les tampons huit jours. Il n'y a pas d'inconvénient; les tampons iodoformés n'ont pas d'odeur après une semaine.

Je dis aussi que les premières injections, pendant deux jours, doi-

vent être fort douces et faites avec de l'eau bouillie, exclusivement. Le sublimé viendra ensuite, pour entretenir l'asepsie du vagin et mieux traiter la plaie. Même au bout de huit jours, le sublimé n'est pas sans danger; je le prouverai par un fait récent qui est venu mal à propos charger ma statistique, et dont je suis bien innocent. Le 18 janvier 1896, j'opère dans les meilleures conditions une femme de 34 ans qui portait un fibrome. Suites normales, apyrexie parfaite; aucun incident ne survient, et l'opérée n'était pas de celles qui, pendant les premiers jours, donnent quelques inquiétudes et sont en bonne voie au bout d'une semaine. La guérison était parfaitement acquise, lorsqu'au bout de huit jours les tampons furent enlevés, non par une infirmière à moi connue, bien stylée et dans laquelle j'ai confiance, mais par une autre que j'ignorais; une injection fut faite au sublimé, malgré mes instructions. Aussitôt douleur vive, altération du facies, petitesse et fréquence du pouls, morte le lendemain. Il est donc impossible, à n'importe quel moment, de se fier aux adhérences, tant qu'on n'a pas laissé la plaie revenir sur elle-même, et voilà pourquoi le sublimé est absolument défendu pendant les premières injections.

Il me paraît, d'autre part, qu'une injection douce d'eau bouillie au bout de huit jours ne pourra jamais faire de mal. Aussi n'est-il pas utile d'aller d'un excès à l'autre, et de laisser les tampons trois semaines comme je l'ai entendu proposer. Même si le péritoine n'en est pas affecté, je ne vois pas la nécessité de laisser pourrir si longtemps ce qu'on a mis dans le vagin; cela ne peut qu'entretenir la suppuration et retarder le travail cicatriciel. De plus, les tampons retirés trop tard sont enclavés, se déchirent, laissent des lambeaux, et quelques malades viennent se plaindre d'une suppuration prolongée au-delà du terme ordinaire, dont la cause est un fragment de gaze ou d'ouate emprisonné dans la plaie.

J'en ai fini avec les détails que je voulais indiquer sommairement. Il est bien difficile de tout décrire, et chaque auteur, en pratiquant, doit se rompre à toutes ces difficultés, minimes en apparence mais dont nulle n'est à mépriser. Je dis même souvent qu'on n'est bien muni contre une faute qu'après l'avoir commise; mais je ne crois pas que ceci nous dispense de signaler celles que nous avons faites, pour aider les autres à s'en préserver.

Il est bien entendu que j'ai décrit ma pratique personnelle, et que je n'ai pas la prétention de la donner comme le seul modèle à suivre. Chaque main se dirige à sa façon ; mais les principes qui

la conduisent ne doivent pas varier, ils sont les mêmes pour tous ceux qui veulent réussir. Je le dis en pensant à bien des idées que j'ai entendu émettre, à bien des mots que j'ai entendu répéter depuis que ces questions sont à l'étude, à bien des procédés étranges, imparfaits, aventureux ou qui me paraissent tels, dont j'ai lu la description appuyée sur des documents peu nombreux, mais auxquels je ne voudrais pas opposer une fin de non-recevoir, si leur valeur peut être un jour démontrée, si nous pouvons leur faire au moins quelques emprunts.

Je termine par où j'ai commencé : il n'est plus permis aujourd'hui de se poser en laparotomiste, en partisan exclusif de la voie vaginale, en admirateur de la simple incision. Tout bon esprit doit voir la question dans son ensemble, et donner place à chacune des trois méthodes. J'ai montré mes préférences pour l'hystérectomie vaginale, méthode de choix contre les suppurations pelviennes; j'ai défini les indications de la laparotomie, méthode de conservation chez les femmes jeunes; enfin j'ai limité le rôle de l'incision directe aux cas aigus de la période puerpérale, et au traitement de quelques foyers simples. C'est ainsi qu'à mon avis elles se subordonnent; sauf quelques nuances dans leur application, c'est ainsi, je pense, que l'avenir les jugera.

M. **Fernand Henrotin** (de Chicago). — Je ne prétends pas parler ici des salpingites, des ovarites ou des états pathologiques bien déterminés comme l'a fait le professeur Kelly, parce que la grande majorité des malades se présente simplement avec une anamnèse permettant de conclure à une origine infectieuse et avec une condition telle des organes pelviens qu'une différentiation exacte des lésions est très souvent impossible. Lawson Tait disait « ouvrez le ventre et faites ensuite votre diagnostic. » De nos jours et à l'aide de notre habileté actuelle nous précisons davantage notre diagnostic ; cependant les chirurgiens consciencieux devront avouer qu'ils se trompent parfois. Le jour est heureusement venu où nous ne sommes plus aussi pressés d'ouvrir le ventre. *L'exploration par incision vaginale*, introduite et vulgarisée par notre illustre confrère le professeur Péan, est maintenant plus ou moins adoptée par tous ; nous lui devons bien des guérisons qui laissent les malades dans des conditions tout à fait normales.

Comme vous le savez, l'infection se propage par les muqueuses le

long de la trompe jusqu'au péritoine, produisant, si les trompes ne se ferment pas à temps, une péritonite pelvienne ou générale d'emblée, un pyosalpynx par contre si l'occlusion des trompes se produit à temps. Les germes infectieux peuvent aussi suivre le trajet des lymphatiques et nous aurons alors à faire à une cellulite qui souvent aboutit à la thrombose lymphatique avec suppuration ; s'ils suivent le trajet veineux il pourra survenir une infection foudroyante ou une thrombose veineuse qui, quelquefois remplit si complètement les vaisseaux qu'il peut en résulter la gangrène de l'utérus.

Si l'invasion microbienne se limite aux lymphatiques de l'ovaire il en résultera un abcès ovarien. Nous pouvons observer en plus des envahissements du streptococcus en dehors des limites ordinaires; il peut traverser les tissus dans toutes les directions et déterminer des suppurations aiguës ou sub-aiguës, produisant dans ce dernier cas les légers exudats fibrino-plastiques avec formation ultérieure d'adhérences minces et de petites cavités kystiques.

Toutes ces formes d'infection peuvent se présenter chez la même malade, de manière à donner lieu à la plus grande diversité des symptômes et des conditions locales ; c'est pourquoi il est si difficile de poser un diagnostic exact. Si l'on ajoute que les grossesses extra-utérines, les hydro-salpynx, les fibromes, les kystes de l'ovaire et du ligament large, la tuberculose ainsi que d'autres affections abdominales plus rares peuvent compliquer les conditions dites septiques, on peut presque dire qu'il est plus facile de se tromper que d'être exact. Cependant le gynécologue, posant le diagnostic le plus précis, toutes autres choses égales d'ailleurs, obtiendra les plus beaux résultats ; il perdra le moins de malades et ses guérisons seront les meilleures.

Il est certain que nous devons toujours employer autant que possible les méthodes conservatrices sans cependant hésiter à agir radicalement quand la nécessité l'exige. Ceci vous a été chanté comme on dit 100 fois, mais cela sera toujours répété, car c'est toujours vrai.

Il résulte de ceci que les chirurgiens habiles et judicieux prendront l'habitude de faire deux catégories de malades. Celles qui réclament une opération radicale et celles chez lesquelles on peut encore temporiser et espérer obtenir la guérison sans mutilation. Parmi les premières se trouvent les femmes d'un certain âge, chez lesquelles la question de maternité devient de moindre importance ; celles atteintes de maladies si graves qu'il est facile de reconnaître qu'elles ne résisteront probablement pas à une nouvelle attaque et

desquelles on peut dire qu'elles sont placées entre la guérison par opération ou la mort prochaine ; les femmes qui ont été malades pendant si longtemps, que leur état général, surtout celui du système nerveux, demande une guérison rapide et complète ; souvent aussi celles qui ont subi auparavant une ou plusieurs opérations partielles sans résultats durables.

D'autre part les meilleurs résultats sont ceux obtenus chez les jeunes filles, les jeunes femmes mariées, et beaucoup d'autres qui, quoique atteintes sérieusement, peuvent être guéries par ablation unilatérale ou incision vaginale.

Pour ma part je n'admets que trois opérations; l'incision vaginale, l'ablation unilatérale et la castration complète, c'est-à-dire l'Hystéro-salpingo-oophorectomie.

De plus je crois que la valeur de l'incision vaginale commence seulement à être reconnue.

Quoiqu'en pense le professeur Kelly, nous ne pouvons admettre la ponction comme procédé opératoire à recommander; la ponction de l'abdomen ou de la cavité pelvienne est toujours un procédé dangereux, qui en plus n'est pas chirurgical. L'ouverture des abcès doit se faire au bistouri ou aux ciseaux sous le contrôle de la vue. Pour l'exploration des cavités que l'œil ne peut atteindre, il n'y a que le doigt, ou si le doigt n'est pas assez long, un instrument qui n'est ni aigu, ni tranchant et dont on se servira sans violence. L'*incision vaginale précoce* commence seulement à être connue. Je m'explique. Si la trompe d'une femme infectée laisse suinter une goutte de liquide septique dans la cavité péritonéale, le résultat en est incertain ; la malade peut mourir dans les 48 heures de péritonite aiguë, elle peut rester invalide pendant des années et être appelée à subir les opérations les plus graves pour sauver son existence. Une seule goutte suffit, l'infection est en route, où et quand s'arrêtera-t-elle ? Personne ne le sait. Toutes les médications et interventions employées en pareil cas, depuis les tampons et les injections jusqu'au curettage avec application intra-utérine et tamponnement consécutif n'auront aucun effet. Disons la vérité. Tout cela ne fait rien et fait même souvent du mal. La maladie est plus loin. Et cependant en admettant que cette première goutte septique tombe à côté d'une mèche de gaze stérilisée introduite par une petite ouverture dans le « Douglas, » la femme sera à peine malade. Je suis certain de ce fait pour ma part et vous reconnaîtrez par votre expérience en chirurgie abdo-

minale, que cela doit être vrai. Du reste, je puis vous fournir des preuves.

Nous pouvons donc formuler la règle suivante. Aussitôt que le chirurgien ou le médecin constate la présence d'une affection septique localisée, l'incision du vagin doit être immédiate, autrement dit, on incisera dès que le diagnostic sera posé. La femme peut n'avoir été malade que 4 ou 5 jours et cependant le danger est présent. Vous ne saurez jamais où s'arrêtera l'infection et pendant que vous appliquez vos cataplasmes, administrez vos bains de siège, vos injections rectales et vaginales, les dégâts augmenteront, et plus tard, on devra faire l'ablation de tous les organes sexuels pour guérir la malade.

Quel est le danger? Il faut donner du chloroforme, c'est vrai. Ce sera une opération et le monde s'en effraiera et parfois vous la refusera, mais plus tard on comprendra votre proposition. Elle sera comprise surtout par les médecins qui voient ces maladies dès leur début et qui, s'ils ne font pas de chirurgie, enverront chercher, espérons-le, un ami sachant manier le bistouri. Qu'il s'agisse d'une salpingite, d'une péritonite ou d'une cellulite, ouvrez toujours la cavité pelvienne, et vous guérirez 18 à 19 malades sur 20. Quand il s'agit d'une pelvipéritonite aiguë, localisée, on ne trouve parfois que du liquide séreux trouble ou séro-pus, souvent une poche purulente couverte d'exsudat, quoique la femme n'ait été malade que 6 ou 7 jours. Quand on se trouve en présence d'une cellulite, à moins qu'elle ne soit nettement localisée d'un côté, il vaut toujours mieux pousser tout droit dans le cul-de-sac de Douglas et faire l'examen et l'exploration à travers cette incision. La plupart du temps, les masses qui paraissent être des exsudats siégeant dans le ligament large, ne sont que des plastrons d'exsudat avec collection purulente dans la cavité pelvienne. Si le doigt introduit dans le Douglas reconnaît que la masse siège dans le ligament, on retire le doigt, on pousse un petit tampon de gaze dans l'incision, on dissèque alors avec l'index les feuillets du ligament large et on pénètre en tous sens à travers la masse, en ouvrant quelquefois un abcès, d'autres fois en ne trouvant que de l'exsudat. En pénétrant dans le bassin, on ne sent parfois qu'un exsudat fibrino-plastique, qui, par ses adhérences, forme une seule masse avec l'intestin grêle. On démêle cela avec soin, toujours avec l'index ou avec deux doigts, faisant en sorte que le bassin soit bien drainé par la gaze introduite après le détachement des adhérences.

Quand l'exploration fait constater la présence d'épaississements

et d'exsudats en avant de la matrice, on pratique une seconde incision entre la vessie et l'utérus et on pénètre dans la masse inflammatoire jusqu'à ce que l'on arrive dans la cavité, après quoi on place une mèche de drainage. Ces cas sont rares et il faut toujours procéder, en premier lieu, à l'ouverture du cul-de-sac postérieur. Quelquefois, même assez souvent, dans les cas d'infection puerpérale, après fausses-couches ou après usage d'instruments septiques, après le curettage, etc., on constate la présence d'un abcès de l'ovaire. On pourra, dans ces cas, détacher l'ovaire de l'exsudat, l'amener dans le Douglas devant l'incision et le vider là sans que la cavité pelvienne soit souillée.

Pas d'irrigation, mais le tout devra être précédé du curettage et du nettoyage de l'utérus. Il faut surtout être aussi certain que possible que la cavité pelvienne a été bien ouverte et que la mèche de gaze la draine convenablement. Je n'ai décrit l'*incision précoce* comme je la comprends, que d'une manière imparfaite, mais le temps me manque et je suis sûr que vous me comprenez. L'opération est loin de durer autant que sa description. Souvent 3 ou 4 minutes suffisent et en comparant cela au danger que la femme court en laissant la maladie suivre son cours et en attendant la guérison de dame nature ou des cataplasmes, c'est bien peu, surtout en considérant que le danger de l'opération est à peu près nul. Après avoir pratiqué ainsi plusieurs fois l'exploration du bassin et l'ouverture des foyers septiques avec drainage consécutif, on acquerra une habileté de doigt qui permettra de reconnaître les organes presque aussi facilement que si on les avait sous les yeux. Pour amener les masses inflammatoires sous le doigt et pour pouvoir pénétrer dans tous les foyers septiques ou suppurés, on doit naturellement se servir de l'autre main comme on le fait en pratiquant l'exploration bimanuelle. Autrement les foyers les plus éloignés du vagin pourraient passer inaperçus, et la guérison être retardée, quoique les autres abcès s'ouvrent généralement dans la poche où la gaze a été placée. S'il n'existe que des exsudats, ils se résolvent petit à petit ; encore faut-il que toutes les adhérences aient été détruites par le doigt.

L'*incision vaginale* dans les cas de suppurations pelviennes n'est pas une nouveauté ; *Péan, Segond, Laroyenne, Guilloud, Landau* et cent autres l'ont pratiquée et en ont déjà parlé.

Laroyenne et ses élèves surtout ont fait maintes communications sur ce sujet. Ce que je tiens seulement à vous démontrer, c'est la valeur de l'*incision tout à fait précoce,* c'est-à-dire dès le *début de*

toutes les infections pelviennes localisées, aussitôt que le diagnostic est posé et sans perdre de temps à faire de la médecine.

J'ai opéré jusqu'ici 78 cas, datant de 5 jours à 3 mois; 2 cas ont suivi leur cours sans résultat bien manifeste de l'opération, mais ils ne se sont pas aggravés; 3 ou 4 malades ont continué à souffrir et sont restées avec un peu d'induration, mais étaient en bon état après plusieurs mois; 1 femme guérie de tout symptôme a conservé une fistule provenant d'un sac ovarien et a refusé une seconde incision. Toutes les autres malades sont guéries et se sont tout à fait remises, mais je comprends parfaitement qu'il peut être survenu plus tard des récidives. Toujours est-il qu'il n'y en a pas qui soient revenues. Surtout les malades opérées dans les 3 premières semaines se sont guéries de la manière la plus brillante. Une communication que j'ai faite à la Société Gynécologique Américaine sur ce sujet en mai 1895 a été suivie après quelques mois de la publication d'un grand nombre de cas et tous les auteurs ont manifesté leur pleine satisfaction dans l'efficacité de cette méthode opératoire. Je n'ai jusqu'ici perdu aucune malade à la suite de cette intervention.

L'incision vaginale est encore un moyen de guérir un grand nombre de femmes, atteintes de suppurations pelviennes plus anciennes. Par exemple un pyosalpinx qui dure depuis des mois et même des années se rompt par un choc quelconque et donne lieu à une pelvi-péritonite enkystée. La déchirure a été suffisante pour drainer la trompe, qui finit par s'atrophier, mais la collection purulente persiste dans la cavité pelvienne. L'incision vaginale ouvre largement cette dernière. La guérison complète survient et ceci arrive bien plus souvent que ne le pensent les chirurgiens qui ont toujours recours à l'hystérectomie ou à la laparotomie. Du reste les exemples de ces guérisons ont été si souvent rapportés qu'il n'y a plus de doutes à ce sujet. Le tout est de reconnaître les malades chez lesquelles l'incision suffit. Les succès opératoires de l'hystérectomie abdominale ou vaginale des 3 ou 4 dernières années sont si encourageants, qu'on se laisse naturellement entraîner à vouloir en finir avec les suppurations en une seule opération et on a parfois raison. Toujours est-il qu'il est souvent possible de guérir complètement les femmes encore jeunes et désireuses d'échapper à une mutilation trop étendue, par une large incision vaginale avec libération des adhérences et drainage bien compris.

Il est bon de ne jamais rien promettre, mais dans nombre de cas de ne se décider à pratiquer l'hystérectomie qu'après avoir fait

l'incision postérieure et *l'exploration avec le doigt de la cavité pelvienne.* Si par ce fait on reconnaît que le cas ne présente que très peu d'espoir de guérison complète, il sera préférable de faire l'opération radicale. Du reste, je ne fais que répéter les leçons de nos maîtres d'Europe, surtout du prof. Péan, qui le premier nous a démontré qu'on ne faisait que son devoir en s'en tenant à l'incision vaginale si l'on trouvait les annexes plus saines que l'on ne pensait.

En Amérique, suivant l'exemple de Lawson Tait, il y a encore bon nombre de chirurgiens d'excellente réputation et de grande expérience qui se contentent de l'ablation des annexes avec énucléation des poches suppurées et le succès opératoire ne laisse rien à désirer. Toujours est-il que la majorité s'est ralliée aux principes de la Gynécologie moderne, qui recommandent que lorsque les lésions exigent la double castration, il est préférable d'enlever aussi l'utérus. Les chirurgiens qui ne font qu'occasionnellement de la gynécologie combattent l'hystérectomie avec énergie, cependant elle est pratiquée de plus en plus fréquemment.

Seulement la voie abdominale reste toujours la plus populaire. Nos compatriotes disent qu'ils veulent voir ce qu'ils font. En ouvrant le ventre, ils prétendent commettre moins d'erreurs. C'est certainement un avantage dans certains cas et rien n'empêche de faire l'ablation complète par l'abdomen. On se trompe certainement si on pense que les résultats de cette opération ne sont pas aussi parfaits quant à ce qui concerne la guérison. Les statistiques de Baldy, Kelly, Polk, Gill Wylie, Price et beaucoup d'autres sont excellentes et la mortalité si minime qu'il serait difficile de faire mieux. Depuis le développement de l'hystérectomie vaginale en France, beaucoup de chirurgiens reconnaissent l'avantage de cette méthode opératoire et elle commence à être pratiquée, surtout à New-York. Depuis 1891, après avoir vu faire cette opération par Péan, Segond et Jacobs, je la pratique à Chicago, mais jusqu'à l'année dernière je crois avoir été le seul.

Permettez-moi pour conclure de vous présenter en quelques mots mes conclusions sur le traitement des suppurations pelviennes; conclusions formées après avoir eu l'occasion d'observer les diverses méthodes de traitement en Amérique, en Allemagne, en France et en Belgique et après avoir essayé moi-même ces méthodes sans aucun parti pris et en ayant simplement le désir de choisir la méthode la plus efficace et la moins dangereuse.

Les suppurations pelviennes peuvent être guéries dans la propor-

tion de 90 pour cent des cas sans aucune mutilation avec une mortalité presque nulle par l'*incision vaginale précoce,* pratiquée dans les premières semaines de leur existence.

Cette incision exige l'ouverture du péritoine pelvien en arrière de l'utérus, le décollement des adhérences, l'ouverture des abcès et le drainage du bassin, le tout étant précédé de la désinfection du vagin et d'un curettage utérin soigné ; même les cas plus avancés et plus anciens peuvent encore être guéris par cette méthode, mais en proportion bien moindre, environ 15 pour cent des cas.

Quand il s'agit d'un simple pyosalpinx, unilatéral, sans complications, la laparotomie est indiquée avec énucléation du sac, sans drainage.

Si la localisation n'est pas certaine, si les limites de la masse sont plus ou moins vagues, si l'utérus est enclavé dans celle-ci, l'incision vaginale et la castration unilatérale par le vagin constitue la meilleure méthode.

Dans tous les cas où il y a soupçon de complication d'appendicite ou dans ceux où le diagnostic est douteux, la voie abdominale est toute indiquée.

Dans tous les cas de suppurations pelviennes avec annexites bilatérales, l'opération de choix, à moins de contre indications certaines, sera l'*Hystéro-Salpingo Oophorectomie* appelée généralement la *castration complète.*

Cette opération sera faite *par le vagin :*

« Quand la plus grande partie des lésions siège dans le petit « bassin et que l'exsudat ne remonte pas très haut. »

« Quand le cas est compliqué de fistules purulentes communi- « quant avec le vagin, la vessie ou l'intestin. »

« Quand l'état de la malade est extrêmement grave, par faiblesse « générale, infection, maladie du cœur ou des reins. »

L'*Hystéro-Salpingo Oophorectomie* sera faite par la voie abdominale, quand la masse monte à mi-chemin de l'ombilic ou plus haut, quand il n'y a pas de fistules purulentes, que l'état de la malade n'est pas trop mauvais, en plus quand l'utérus est à l'état puerpéral, car dans ce dernier cas l'hémostase est très difficile par le vagin.

M. **Henri Hartmann** (Paris). Bien que la question à l'ordre du jour soit « le traitement des suppurations pelviennes, » je limiterai

ma communication au *traitement des inflammations annexielles ou péri-annexielles,* occupant le péritoine pelvien.

C'est vous dire que je laisserai de côté les péritonites généralisées à point de départ génital et les inflammations du tissu cellulaire pelvien. Ces lésions sont rares et leur traitement ne nous semble pas prêter à discussion.

Toute péritonite généralisée doit être abordée par l'incision médiane de l'abdomen, toute inflammation suppurée du tissu cellulaire doit être incisée largement et drainée, dans le bassin comme dans toute autre région.

La discussion pendante depuis quelques années ne porte du reste que sur le traitement des lésions à point de départ annexiel, salpingites, ovarites, pelvi-péritonite, hématocèle, etc. C'est la thérapeutique de ces lésions que nous allons immédiatement aborder.

D'après nos observations, confirmatives de celles de beaucoup d'autres gynécologues, il nous semble établi qu'un certain nombre de malades guérissent par le simple traitement médical.

Cela se voit en particulier chez des blennorrhagiques, même après des accidents pelvi-péritonitiques, qui, bruyants au début, pouvaient faire craindre des lésions graves pour l'avenir. Je n'irai pas jusqu'à dire que le fait se produit dans tous les cas, ni que, dans les guérisons apparentes, il y a *restitutio ad integrum* de l'organe. Mais comme la femme ne souffre plus, il n'y a pas plus lieu d'intervenir sur l'ovaire qu'il n'y a lieu d'intervenir chez l'homme sur un noyau secondaire à une épididymite blennorrhagique. De ces considérations découle une première indication thérapeutique : *sauf le cas de foyer manifestement suppuré, il faut, avant toute intervention opératoire, attendre les effets du repos au lit combiné à l'antisepsie vaginale.*

Un deuxième point, plus discuté, est celui de la question des *interventions intra-utérines,* en particulier de la dilatation et du curettage, comme traitement des inflammations périmétritiques. Si nous nous en rapportons à ce que nous avons constaté, nous arrivons à cette conclusion qu'il y a lieu de commencer par la dilatation et la désinfection de l'utérus lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs mal limitées, probablement dues en grande partie à des exsudats péritonitiques. Cette pratique, essentiellement conservatrice, ne présente aucun danger si l'on agit antiseptiquement et sans tiraillements brutaux sur la matrice. Elle ne risque que d'être inutile et donne dans un certain nombre de cas de réels succès.

Lorsqu'au contraire, il s'agit de grosses lésions localisées ou de

tumeurs annexielles petites mais bien circonscrites, jamais entre nos mains le traitement intra-utérin n'a amené la moindre amélioration dans l'état des malades.

Ces données préliminaires établies, j'arrive aux résultats de l'intervention opératoire directement dirigée contre les lésions périmétritiques. Je m'appuierai pour cela sur une série de 167 opérations consécutives, représentant ma pratique intégrale depuis le 1er janvier 1893, mes opérations antérieures se trouvant déjà relatées dans un mémoire publié en collaboration avec mon maître le professeur Terrier, en 1893 [1].

Ces 167 interventions [2] ont donné 8 morts, soit une mortalité de 4,79 % ; encore devrions-nous retrancher une mort par syncope chloroformique, survenue au début d'une opération pour grossesse tubaire rompue avec hémorrhagie interne, ce qui nous donne 7 morts sur 166 cas, soit *4,22 de mortalité.*

Ces opérations se décomposent en :

104 cœliotomies, 4 morts, soit 3,8 % de mortalité.

47 annexites suppurées, 3 morts, soit 6,38 % de mortalité. (13 cas non drainés avec 1 mort, 7,69 %; 34 cas drainés, 2 morts, 5,88 %).

11 grossesses ou avortements tubaires, 1 mort, 9 %.

10 hydrosalpingites, dont 2 avec pédicule tordu, 0 mort.

27 annexites, 0 mort.

9 ovaires scléro-kystiques, 0 mort.

Dans 46 des 47 annexites suppurées, l'ablation des annexes a été bilatérale, dans 1 les annexes du côté opposé saines ont été conservées. Nous avons de même pu conserver un côté sain dans 7 opérations pour grossesse tubaire, dans 2 pour hydrosalpingites, et dans 9 pour annexites. Sur 9 opérations pratiquées pour ovaires scléro-kystiques, nous avons 2 fois fait l'ablation bilatérale, 2 fois nous avons limité l'ablation à un seul ovaire, 1 fois parce qu'il était seul pris, 1 fois parce qu'il était seul prolabé dans le cul-de-sac postérieur ; 4 fois nous nous sommes limités à l'ignipuncture, qui 2 fois a été

[1] Terrier et Hartmann. Remarques anatomiques, cliniques et opératoires, à propos de 59 cas consécutifs de laparotomies pour lésions suppurées péri-utérines. Suites immédiates et éloignées de l'opération : *Annales de gynécologie*, 1893, t. I, p. 417.

[2] Les observations paraîtront prochainement *in extenso* dans la thèse de mon élève et ami Audiau, qui étudie en ce moment les suites immédiates et éloignées des opérations pratiquées sur les annexes.

suivie d'hystéropexie, l'utérus étant en rétro-déviation. Cette hystéropexie a été, pour la même raison, faite dans 4 des 27 opérations pour annexite. Ajoutons enfin que 2 fois, dans ces derniers temps, nous avons, après les annexes, enlevé par l'abdomen l'utérus gros et friable dans un cas, fibromateux dans l'autre. Les succès obtenus nous engagent à généraliser quelque peu cette pratique dans l'avenir.

Les 4 morts de cette série ont été déterminées 2 fois par une septicémie péritonéale, 1 fois par une plaie du sommet de la vessie, 1 fois par des accidents urémiques.

39 hystérectomies vaginales, 3 morts, 7,68 °/o.

19 cas suppurés, 2 morts, 10 °/o.

20 non suppurés, 1 mort, 5 °/o.

29 fois l'hystérectomie a été accompagnée d'ablation complète des annexes ; 7 fois l'ablation des annexes a été incomplète, 3 fois nous nous sommes bornés à enlever l'utérus sans chercher à extirper les annexes.

Les 3 morts ont été déterminées, 2 fois par une péritonite plastique qui, les 2 fois, a débuté à la suite de l'ablation des mèches de gaze qui bourraient le vagin, et a causé la mort des malades, une fois le onzième jour, une fois le sixième jour, avec des accidents d'occlusion intestinale. La dernière mort a été la conséquence d'une hémorrhagie survenue une heure après l'ablation des pinces.

22 colpotomies postérieures, 0 mort.

14 pour lésions suppurées.

6 pour hématocèles.

2 pour collections séro-fibrineuses du cul-de-sac postérieur.

A côté de ces 22 colpotomies nous rangerons une *incision abdominale de péritonite enkystée péri-annexielle,* constituant une poche recouverte par l'épiploon, poche que nous avons simplement ouverte par une incision faite en dehors du muscle droit de l'abdomen.

Ceci dit sur les suites immédiates des opérations faites, voyons les *suites éloignées.*

Si nous nous plaçons exclusivement au point de vue de la disparition des symptômes morbides, l'avantage est, d'après nos observations, pour l'hystérectomie vaginale, lorsqu'à l'ablation de l'utérus a été adjointe celle des annexes. Convalescence rapide, disparition des symptômes douloureux, cessation de tout écoulement vaginal, absence de cicatrice abdominale avec ses petits inconvénients, tout est ici réuni en faveur de la voie vaginale. La seule critique, que nous ayons entendu émettre, théoriquement, disons-le immédiate-

ment, c'est le trouble apporté aux rapports conjugaux. Il n'en est rien, croyons-nous, pour l'immense majorité des cas, et, à ce point de vue, la distinction, faite entre celles qu'on a appelées les clitoridiennes et celles pour lesquelles le col serait tout, ne nous a pas frappé.

Disons cependant qu'au point de vue spécial où nous nous plaçons, certaines femmes, dans des cas rares il est vrai, ont, à la suite d'eschares vulvaires, de petites cicatrices s'écorchant facilement et devenant douloureuses. A part ce petit inconvénient, très rare du reste, l'hystérectomie vaginale avec ablation bilatérale des annexes, reste au point de vue curatif l'opération idéale. Aussi comprend-on l'enthousiasme qu'a soulevé cette opération auprès de quelques-uns, d'autant que certaines malades sont rassurées par ce fait qu'on ne leur « ouvre pas le ventre » et qu'on a là un subterfuge pour les tranquilliser et leur faire accepter plus facilement une intervention.

La castration abdominale n'est, de plus, pas toujours sans présenter le moindre ennui. La cicatrice peut quelquefois suppurer; dans certains cas, il n'y a pas immédiatement une disparition absolue des douleurs; de plus, la castration bilatérale a l'inconvénient de laisser un utérus inutile, sinon déjà suppurant et saignant, tout au moins susceptible de s'infecter ultérieurement, l'involution secondaire à la castration pouvant être incomplète, longue à se faire ou même manquer totalement [1].

Quant à la simple incision des collections suppurées, outre que, dans quelques cas, elle ne met pas la malade à l'abri d'une deuxième intervention radicale (2 fois sur 23), elle est loin de donner une guérison aussi rapidement complète que l'hystérectomie.

Il semble donc au premier abord, que l'hystérectomie vaginale avec ablation bilatérale des annexes n'est pas toujours possible par le vagin. Le résultat n'est plus alors constamment parfait et quelques

[1] Je ne parle pas des fistules pyostercorales persistantes, dont quelques adeptes exclusifs de la voie vaginale ont exagéré la fréquence et la gravité. Une seule de mes malades a conservé une fistulette qui ne l'a pas empêchée de se remarier. Ces fistulettes, quand elles existent, sont bien moins pénibles que celles qui s'ouvrent dans le vagin. Une de mes hystérectomisées, dont le foyer se vidait partiellement dans le rectum avant l'opération a conservé après elle une fistule dans laquelle le cours des matières a changé, et se fait de l'intestin vers le vagin. Dès qu'elle a un peu de diarrhée il passe des matières dans ce conduit. Aussi, contrairement à celle qui porte une fistule abdominale, notre opérée vaginale n'ose avoir des rapports qui, du reste, sont peu attrayants pour le mari.

malades accusent encore de petites douleurs, tout comme certaines opérées par la voie abdominale. De plus, l'opération, dès qu'elle n'est pas absolument simple, présente quelques difficultés, notablement plus, en tout cas, que l'opération par la voie abdominale. Nous n'en voulons pour preuve que l'histoire de deux malades chez lesquelles, au cours d'une hystérectomie difficile, l'écoulement sanguin nous amena à ouvrir le ventre, séance tenante, pour assurer l'hémostase. En un instant, ce qui restait des annexes fut enlevé, les vaisseaux liés, et les deux malades guérirent.

L'aléa dans l'hystérectomie vaginale est peut-être plus grand que dans la cœliotomie, devenue bien réglée, depuis qu'on opère en voyant tout ce qu'on fait [1], opérant sur plan incliné, avec des compresses stérilisées recouvrant les intestins et limitant le champ opératoire. Aussi l'opération est-elle plus grave par la voie vaginale.

Je ne comparerai évidemment pas les résultats que j'ai obtenus par la voie vaginale à ceux que m'a donnés la voie abdominale. Les hystérectomistes pourraient me reprocher de ne pas bien posséder leur méthode. Je comparerai les deux statistiques intégrales de cœliotomies publiées à Paris, celle de mon ami Pierre Delbet [2] et la mienne, aux deux statistiques intégrales d'hystérectomies publiées à Paris, celle de Richelot et celle de Segond. En réunissant les cas publiés dans son traité [3] aux chiffres qu'il a donnés dans un travail plus récent [4] nous voyons M. Richelot arriver avec 307 hystérectomies et 15 morts, soit une mortalité globale de 4,87 %. Encore devons-nous faire observer que sa statistique comprend un nombre que nous ne pouvons préciser d'hystérectomies pour métrites.

M. Segond [5] sur 200 hystérectomies a 14 morts soit 7 %.

Au contraire, 135 laparotomies faites par Pierre Delbet n'ont

[1] J'insiste, après mon maître Terrier, sur la nécessité qu'il y a de voir tout ce qu'on fait, contrairement à M. Richelot qui pense que « celui qui voudrait voir tout ce qu'il fait serait un mauvais laparotomiste » et qu'il faut opérer « au jugé le plus souvent. » C'était la pratique générale il y a une dizaine d'années, ce n'est plus la nôtre, actuellement.

[2] Chavin. *Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie.* Thèse de Paris, 1895-96, nº 235.

[3] Richelot. *L'hystérectomie vaginale.* Paris, 1894.

[4] Idem. Derniers résultats de l'hystérectomie vaginale. *Annales de gynécologie,* Paris, 1895, t. II, p. 422.

[5] Segond in Baudron. *De l'hystérectomie vaginale.* Paris, 1894.

donné que 5 morts, soit 3,7 %; 104 faites par nous, 4 morts, soit 3,8 %.

La voie abdominale reste donc, comme nous le disions en 1892 avec notre maître le professeur Terrier [1], *moins grave que l'hystérectomie vaginale;* nous ajouterons aujourd'hui *surtout lorsqu'on compare des statistiques intégrales.*

Un deuxième élément intervient encore pour nous faire rejeter l'hystérectomie vaginale comme méthode générale de traitement. C'est que l'opération est toujours totale.

Je sais bien qu'on a dit pouvoir explorer les annexes par le cul-de-sac postérieur et ne faire l'hystérectomie qu'après constatation de la bilatéralité des lésions.

C'est là de la théorie et les hystérectomistes ne pratiquent guère cette exploration. Elle ne donnerait du reste aucun renseignement quand les annexes malades occupent le cul-de-sac postérieur et que les saines sont haut placées.

Or, après la conservation de la femme, déjà mal assurée par l'hystérectomie, le deuxième but à atteindre est la *conservation de la fonction,* qui ne l'est pas du tout dans la castration vaginale, qui l'est au contraire un certain nombre de fois, lorsqu'on opère par l'abdomen.

La même tendance conservatrice qui fait que nous préférons la voie abdominale, pour conserver si possible un côté, fait que nous recourons beaucoup plus volontiers qu'autrefois à la simple incision vaginale.

Il y a quelques années encore, imbu des idées de Tait, nous ne nous hasardions que timidement et tout à fait exceptionnellement à faire une incision vaginale. La crainte de voir réapparaître les accidents nous faisait recourir d'une manière presqu'absolue à l'ablation bilatérale des annexes.

L'observation suivie des malades, en nous montrant la persistance de la guérison dans un grand nombre de cas, a peu à peu modifié nos idées; nous avons de moins en moins eu recours au moyen radical de l'exérèse totale [2].

[1] Terrier et Hartmann. *Annales de gynécologie,* 1893, t. I, p. 417.

[2] Il en est du traitement des inflammations annexielles comme de celui des tuberculoses articulaires. Dans celles-ci, l'opération qui débarrasse le plus rapidement et le plus complètement les malades c'est l'amputation; n'empêche que la résection et les méthodes conservatrices ont, dans bon nombre de cas, constitué un progrès réel.

21 femmes sont restées complètement guéries après la simple incision du foyer inflammatoire. Si à ces 21 femmes nous ajoutons 26 autres opérées chez lesquelles, après incision abdominale, nous avons conservé un côté, nous voyons que sur 127 malades, 47, soit plus de 1 sur 3, ont conservé les attributs de leur sexe. L'une d'elles a déjà mené une grossesse à terme et est heureusement accouchée dans le service de notre maître le professeur Pinard, le 26 juin dernier. Aucune de ces femmes n'a eu à souffrir de ces troubles constants après les castrations bilatérales ou les hystérectomies, bouffées de chaleur, phénomènes congestifs divers, etc., ce qui n'est pas encore sans mériter attention.

Aussi continuons-nous à regarder la voie abdominale comme celle qui convient au plus grand nombre de cas.

La simple *incision vaginale* nous semble applicable aux collections saillantes dans le cul-de-sac postérieur et aux foyers suppurés manifestement unilatéraux et pas trop haut situés.

L'hystérectomie vaginale est formellement indiquée dans les cas rares de suppuration pelvienne avec foyers multiples et gangue immobilisant complètement l'utérus. L'opération n'est pas idéale, mais est moins grave qu'une autre. C'est en somme une ouverture large de foyers sans ablation des poches, qu'on cherche simplement à crever, si elles ne l'ont pas été au cours même de l'hystérectomie qui est alors faite par morcellement.

L'hystérectomie vaginale nous semble admissible dans les lésions bilatérales évidentes de moyen volume. Nous utilisons alors l'hémisection médiane antérieure avec bascule de l'utérus en avant.

Pour toutes les grosses tumeurs, pour les lésions haut situées, comme pour tous les cas où il n'y a pas certitude absolue de lésion bilatérale incurable, nous lui préférons la *voie abdominale,* quitte à faire suivre, le cas échéant, la castration bilatérale de l'ablation de l'utérus par l'abdomen, lorsque cet organe est gros, suppurant et friable.

Nous n'avons jamais eu recours à la colpotomie antérieure des Allemands, qui n'a rien pour nous tenter. Quant à l'ignipuncture des ovaires scléro-kystiques, elle ne nous a pas donné ce que nous en attendions. Le plus souvent, du reste, il s'agit, en pareil cas, de nerveuses qui ont des douleurs multiples et nous paraissent justiciables d'un traitement général plus que d'une intervention opératoire.

M. **Péan** (de Paris). Depuis mes premières communications sur les avantages de la castration utérine dans certains cas, particulièrement défavorables de suppurations pelviennes, où je m'efforçai le premier de démontrer qu'en enlevant la matrice par la voie vaginale, on arrivait à guérir des malades que parvenaient trop rarement à guérir les autres méthodes de traitement, de nombreuses adhésions se sont produites à ma façon de voir, tant en France qu'à l'étranger. Je me bornerai à citer les noms de Segond, de Jacobs, de Landau, pour ne citer que les ouvriers de la première heure. Les statistiques qui ont été publiées successivement par moi et par ceux qui ont accepté ma méthode, ne tardèrent pas à démontrer que dans les suppurations pelviennes étendues, bilatérales, accompagnées de lésions graves et anciennes des organes génitaux internes, l'ablation de l'utérus par la voie vaginale donne d'excellents résultats et que la mortalité était en somme très faible, pourvu qu'on ait recours à l'hémostase par les pinces, au morcellement et à une asepsie absolue.

Ainsi au Congrès de Berlin en 1890, sur 60 hystérectomies totales que j'avais pratiquées pour les suppurations pelviennes, j'avais la satisfaction d'annoncer que j'avais obtenu 60 succès. Ma seconde statistique, communiquée au Congrès de Bruxelles en 1892, c'est-à-dire 2 ans plus tard, montra également les heureux résultats que donne la castration utérine par la voie vaginale lorsqu'elle est exécutée avec toutes les précautions d'usage. Les statistiques de Segond, de Jacobs, de Landau, de Sänger sont tout aussi favorables et les faits nombreux recueillis en ces derniers temps démontrèrent que la mortalité opératoire oscille entre 1 à 4 %.

Aujourd'hui les convictions de tous les chirurgiens qui sont assez habiles pour appliquer cette méthode est faite et aucun d'eux n'hésite à affirmer que les résultats immédiats et définitifs de la castration vaginale totale ne laissent rien à désirer lorsqu'elle est exécutée de bonne heure, avant que les malades soient épuisées par des opérations impuissantes à les sauver.

Pour comparer notre méthode avec les autres, en particulier avec la méthode ancienne, c'est-à-dire la ponction et l'incision des abcès par le fond du vagin, et avec une méthode plus moderne, la castration tubo-ovarienne, qui compte encore de nombreux partisans,

je vais utiliser d'anciennes observations que j'avais recueillies autrefois pour savoir ce que devenaient les malades affectées de suppurations pelviennes, lorsqu'elles étaient abandonnées à elles-mêmes. Je signalerai ensuite ce que sont devenues les malades, auxquelles mes collègues et moi nous nous étions contentés de pratiquer la castration tubo-ovarienne.

Sur 100 malades traitées uniquement par ces moyens médicaux :

20 avaient succombé la 1re année ;

28 avaient guéri, à la suite d'ouvertures spontanées par différentes voies, telles que le rectum, le vagin, l'utérus, la vessie, l'hypogastre.

Les autres traînèrent une existence rendue misérable par des désordres graves du côté des viscères éloignés.

Sur 60 malades, chez lesquelles le chirurgien s'était contenté de l'incision vaginale ou abdominale, nous avons noté :

11 guérisons durables et

45 récidives.

Chez ces dernières, 10 succombèrent dans un temps qui varie de 1 à 12 années.

La plupart de celles qui avaient guéri avaient eu des grossesses tubaires, enkystées dans le péritoine pelvien.

Sur 102 malades, affectées de suppurations pelviennes types mixtes ou compliqués, tuberculeuses ou non, auxquelles la castration tubo-ovarienne avait été pratiquée par moi ou mes collègues, 31 revinrent me demander de leur faire l'hystérectomie secondaire, parce qu'elles avaient conservé des névralgies, des pelvi-péritonites ou des fistules hypogastriques que, seule, la castration utérine parvint à guérir.

Richelot, qui en 1891 était un des plus hostiles à la castration utérine dans le traitement des suppurations pelviennes et qui s'est converti à notre méthode affirma en 1894 qu'il avait fait 20 hystérectomies secondaires sur les 60 malades auxquelles lui et ses collègues avaient fait antérieurement la castration tubo-ovarienne.

Pour mon compte, je constate que ces exemples deviennent de moins en moins fréquents, ce qui semblerait indiquer que la castration tubo-ovarienne est plus rarement pratiquée.

A côté de ces statistiques, il me paraît intéressant de montrer ce qui s'est passé sur les 341 malades, affectées de suppurations pelviennes, auxquelles j'ai fait l'hystérectomie vaginale, depuis le 1er janvier 1888, jusqu'au 31 décembre 1895.

Il ne m'a pas toujours été facile de savoir ce que devenaient les malades. Mais comme le sujet avait pour moi un réel intérêt, j'ai pu y parvenir grâce au zèle des internes qui ont soigné mes malades à l'hôpital, grâce au bon vouloir des confrères qui me les avaient adressées et grâce aux recommandations que je faisais aux malades elles-mêmes. J'ai pu de la sorte avoir des renseignements précis sur les suites éloignées de ces affections, ce qui m'a permis de donner ici des renseignements d'une réelle valeur.

Sur ces 341 malades, j'ai laissé volontairement :

Chez 11 un ovaire,
» 4 une trompe,
» 2 un ovaire et une trompe,
» 8 les deux ovaires,
» 1 les deux trompes,
» 7 les deux ovaires et une trompe.

Chez ces malades, auxquelles après avoir enlevé l'utérus par le vagin j'avais laissé volontairement une partie ou la totalité des ovaires ou des trompes, parce que ces organes étaient atrophiés ou détruits par la suppuration, souvent même enfouis sous les adhérences dont le détachement aurait été aussi dangereux qu'inutile.

Les résultats immédiats chez nos 341 opérées, ont été satisfaisants.

Dix seulement ont succombé, les jours suivants, à l'excès d'épuisement causé par la maladie, ce qui donne une mortalité de 3 $^0/_0$.

Dix sont mortes au cours des 3 années suivantes, une d'albuminurie persistante, huit mois après l'opération ; une d'ictère grave survenu le 7e mois ; trois de phtisie pulmonaire, après 6, 8, 12 mois ; deux de méningite tuberculeuse, après 16 et 24 mois ; une d'obstruction intestinale, après 6 mois ; enfin une de cancer de l'estomac après 3 années [1].

11 eurent des accidents locaux de peu d'importance, imputables à l'acte opératoire. Parmi ces dernières, une eût pendant 5 mois une légère incontinence d'urine, une conserva une fistule pyostercorale qui se ferma spontanément le 5me mois, une, une fistulette vesico-vaginale qui céda, le 2me mois, à quelques cautérisa-

[1] Comme on le voit, les affections qui ont enlevé les malades tardivement n'avaient guère de rapports avec celles qui avaient motivé l'opération. Nous ferons cependant observer que plusieurs sont mortes de tuberculoses viscérales, de siège variable, peut-être parce qu'elles avaient trop tardivement réclamé l'intervention chirurgicale.

tions argentiques, une, une fistule vésico-vaginale, qui disparut au moyen de l'avivement et de la suture, le 5me mois, quatre virent disparaître, du 2me au 36me mois après l'opération, un petit abcès pelvien : l'un de ces abcès guérit en s'ouvrant spontanément dans le rectum, les autres furent incisés dans le vagin et ne se sont pas reproduits, une eût pendant 4 mois de légères métrorrhagies dues à la formation de bourgeons charnus sur la cicatrice vagino-péritonéale [1]; ces bourgeons cédèrent à quelques cautérisations faites au crayon de nitrate d'argent, une continua à être menstruée par la cicatrice pendant 3 années; elle le fut 4 fois seulement la première année, les deux années suivantes, les menstrues furent régulières, depuis cette époque la ménopause est complète; enfin quatre eurent des cystites du col dues, soit à la persistance de cette affection, soit aux sondes, qui avaient été laissées à demeure pendant les deux premiers jours de l'opération. Ces accidents disparurent, dans une période de 2 à 6 mois, à l'aide des injections boriquées tièdes.

Voyons maintenant les modifications qui sont survenues dans la santé générale des opérées. On verra qu'elles ont été presque toujours avantageuses.

Chez les *Hystériques* nous avons constaté les résultats suivants :

Une vit disparaître les crises après 3 mois ; une, après 4 mois ; deux, après 6 mois ; une, après 1 an ; une, après 15 mois ; une, après 3 ans.

Chez deux malades *Névrosiques,* l'une guérit après un an en même temps que le vaginisme dont elle était atteinte disparut ; chez l'autre, les troubles nerveux persistèrent pendant 2 ans, en même temps que des troubles gastro-intestinaux graves.

Chez cinq malades atteintes de *perturbations mentales* graves, une vit le trouble des idées diminuer après 6 mois ; 2 virent la folie disparaître complètement après 6 mois ; 3 après 1 an ; parmi celles-ci, l'une vit disparaître à la même époque ses névralgies lombaires qui étaient fort tenaces.

Chez une *Mélancolique,* la guérison de l'affection mentale s'effectua le 5me mois.

[1] Il est bon de savoir que ces sortes de bourgeons se produisent facilement, à la suite de la castration utérine, quelle que soit la maladie, pour laquelle on la pratique, ils entretiennent des douleurs et des pertes que la cautérisation fait aisément disparaître.

Chez deux *Hypocondriques,* le résultat fut moins satisfaisant ; l'une qui était neurasthénique et avait des idées de suicide avant l'opération, jouit d'une bonne santé pendant les premiers 6 mois, puis de graves revers de fortune survinrent et les idées de suicide reparurent accompagnées de céphalées, de névralgies, de nausées, de palpitations ; l'autre qui avait une suppuration pelvienne très étendue et très grave, ressentit les bienfaits de l'opération pendant 3 mois, mais comme elle avait été atteinte de syphilis, l'idée de cette maladie qu'elle regardait comme incurable la poursuivit nuit et jour, malgré le traitement institué par Fournier.

Chez deux malades devenues *Morphinomanes* pour soulager les douleurs intolérables qu'elles ressentaient, l'une guérit de sa funeste habitude le 6me mois et chez une autre, qui l'avait perdue à la suite de l'opération, le défaut de surveillance permit à cette malade de se soumettre de nouveau à cette intoxication.

Chez quatre malades qui avaient de violentes *Névralgies iléolombaires* avant l'opération, l'une les vit céder après 3 mois, les autres 1 année seulement après l'opération.

Chez trois malades qui avaient des *Névralgies mammaires et intercostales* graves, avant l'opération, les douleurs ne cédèrent qu'après 3, 5 et 12 mois.

Chez deux, la *dyspnée,* les *nausées* et la *gastralgie* ne disparurent qu'après 5 et 12 mois.

Chez quatre qui avaient des *céphalées,* des *bouffées de chaleur,* et des sueurs très pénibles, localisées à la région lombaire, ces accidents disparurent après 6 mois chez l'une, ne diminuèrent sensiblement qu'après un an chez deux autres, tandis que chez la quatrième, elles continuaient à récidiver à chaque époque, 2 ans après l'opération.

Chez une malade *alitée* depuis 12 ans, la *marche* ne fut possible qu'au bout de 6 mois.

Chez une autre, qui avait des *habitudes d'intempérance,* l'alcoolisme persista et elle revint nous voir un an après l'opération, atteinte de delirium tremens.

Chez une malade qui avait des crises de *coliques hépatiques* avant l'opération, ces crises ne se sont pas représentées depuis, les coliques ont persisté, au contraire, chez deux autres et se sont manifestées 1 an et 2 ans plus tard.

Chez une, qui avait des *palpitations cardiaques* intolérables, celles-ci disparurent le 6me mois.

Une autre, qui avait une *endocardite rhumatismale,* guérit complètement 2 ans après l'opération.

Chez une malade atteinte de *gravelle,* les urines redevinrent normales, le 3me mois.

Une autre, qui avait des *coliques néphrétiques,* eût un nouvel accès un an après l'opération.

Chez une malade, qui avait eu des *fièvres intermittentes,* nous vîmes survenir un mois après l'opération, une attaque violente, elle n'en eut plus d'autres depuis cette époque.

Chez deux malades, chez lesquelles l'inanition avait poussé l'anémie au dernier point, la santé ne se rétablit qu'au bout de 6 à 12 mois.

Chez deux autres, qui avaient eu des *manifestations cutanées* plusieurs années avant l'opération, l'une vit reparaître un acné de la face, 1 an après l'opération ; chez l'autre un eczéma généralisé reparut 3 ans après ; par contre cette malade atteinte de grande hystérie, n'eut plus d'attaques, après l'hystérectomie vaginale.

Plusieurs de nos malades avaient de la tendance à l'engraissement ; chez deux cette tendance devint assez sérieuse pour que leur médecin traitant ait dû la combattre ; chez une autre au contraire, qui était extrêmement obèse avant l'opération, ce vice de nutrition a totalement disparu.

Chez une malade affectée de *maladie bronzée* très menaçante avant l'opération, nous avons été surpris de voir cette terrible affection disparaître quelques mois après.

Enfin chez deux *albuminuriques,* les urines redevinrent normales un an après l'opération.

Je viens de vous exposer les renseignements de toute nature que m'ont fournies mes statistiques de castration utérine appliquée au traitement des suppurations pelviennes et qui m'ont paru devoir vous offrir quelque intérêt.

Est-ce utile de vous rappeler aujourd'hui pour ne pas assombrir ce tableau, que, à côté de ces maladies chez lesquelles la guérison complète présente de réelles difficultés, la plupart de mes opérées ont vu presque immédiatement les changements les plus heureux se produire dans leur santé. Dès les premiers jours la fièvre tombait, l'appétit, les forces et la gaîté reparaissaient. Du 10 au 12me jour, les malades se levaient. Du 15 au 18me, elles retournaient chez elles. Deux mois après, elles pouvaient reprendre leurs travaux sans n'être plus obligées de les interrompre.

CONCLUSIONS

En résumé, les recherches que je viens d'exposer et qui sont basées sur ma statistique, qui comprend près de 350 opérations d'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes, prouvent que les assertions que nous avons successivement émises depuis 1882, époque à laquelle j'avais imaginé d'appliquer le pincement des vaisseaux et le morcellement à l'ablation de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale, ont pris rang dans la science.

En ce qui concerne ce mode de traitement, appliqué par mes collègues et par moi aux suppurations pelviennes, elles démontrent une fois de plus :

1° Que la castration vaginale totale exige un outillage spécial, que j'ai fait connaître le premier et qui est encore le seul employé de nos jours par tous ceux qui la pratiquent avec succès.

2° Que pour tous les chirurgiens exercés, elle n'expose pas plus que la laparotomie à léser les organes voisins.

3° Qu'elle est applicable à toutes les suppurations pelviennes d'origine génitale.

4° Qu'elle donne des résultats meilleurs que toutes les autres méthodes de traitement, sans doute parce qu'elle assure plus facilement le drainage.

5° Que la guérison est d'autant plus prompte que l'opération est pratiquée plus tôt, avant que les forces soient épuisées et que les abcès pelviens aient envoyé des prolongements du côté de l'abdomen.

6° Que cette méthode est la plus rationnelle lorsque la suppuration est bilatérale, lorsqu'elle est circonscrite par des adhérences anciennes vasculaires, résistantes et lorsqu'elle est compliquée de fistules rectales, vésicales, utérines, hypogastriques.

7° Qu'elle constitue une ressource du plus grand prix lorsque la castration tubo-ovarienne faite par la gastrotomie a échoué.

8° Qu'elle donne des résultats durables, presque inespérés, même dans les cas les plus graves.

9° Que ces résultats sont obtenus, même lorsque l'opérateur croit devoir laisser une portion des annexes.

10° Que celles-ci s'atrophient complètement dans la suite, ainsi que je l'ai démontré dans mes premières communications, ce qui

n'a pas lieu pour l'utérus lorsqu'on se borne à pratiquer la castration tubo-ovarienne.

11° Que la mortalité, entre les mains de chirurgiens exercés, ne dépasse pas de 1 à 4 %.

12° Que parmi les accidents morbides signalés dans nos tableaux statistiques, tels que l'incontinence d'urine, les fistules urinaires, les fistules pyostercorales, la cystalgie, la plupart existaient avant l'opération elle-même et aucun d'eux n'avait une réelle importance puisqu'ils ont rapidement disparu par un traitement approprié.

13° Que l'opération, tout en faisant habituellement disparaître d'emblée les symptômes les plus menaçants, tels que la fièvre, les névralgies, les métrorrhagies, les vomissements, permet aux malades de quitter le lit et de reprendre de bonne heure leurs travaux.

14° En ce qui concerne les résultats éloignés, nous ferons remarquer que l'opération a eu les résultats les plus heureux sur un certain nombre d'affections intercurrentes. C'est ainsi que dans un intervalle qui a varié de 2 mois à 3 ans, nous avons vu disparaître :

L'Hystérie chez 6.
Le Nervosisme chez 2.
La Folie chez 5.
La Mélancolie chez 1.
La Morphinomanie chez 2.
Les Névralgies iléo-lombaires chez 4.
Les Névralgies mammaires et intercostales chez 3.
Les Nausées et les Gastralgies rebelles chez 2.
L'Anémie par inanition chez 2.
Les Céphalées, les bouffées de chaleur et de sueur chez 4.
L'impossibilité de la marche chez 1.
La Gravelle et les coliques néphrétiques chez 2.
Les Coliques hépatiques chez 1.
L'Endocardite rhumatismale chez 1.
La Maladie bronzée chez 1.
L'Albuminurie chez 2.

Tels sont en résumé les résultats d'une méthode d'intervention qui constitue une véritable conquête de la chirurgie moderne : ils sont assez brillants pour se passer d'autres commentaires.

M. **Henry Delagénière** (Le Mans). — Ainsi que l'a fait remarquer M. Bouilly dans son rapport, les suppurations pelviennes sont multiples et variables dans leurs formes, et une méthode unique ne saurait être appliquée à leur traitement. Aussi passe-t-il en revue les différentes opérations que l'on peut pratiquer pour les combattre; la *colpotomie* est réservée aux seules poches bien isolées et facilement bombantes dans le vagin ; la laparotomie est indiquée seulement quand le diagnostic laisse un doute sur la bilatéralité des lésions ou sur leur nature, ou encore lorsque les poches purulentes sont plus *abdominales* que *pelviennes ;* l'hystérectomie vaginale au contraire serait applicable aux autres cas. Or dans cette énumération rapide c'est à peine si M. Bouilly mentionne en passant la castration abdominale totale, et encore malgré son ecclectisme la cite-t-il seulement comme un argument en faveur de l'hystérectomie vaginale, paraissant peu disposé à y avoir recours !

Je ne partagerai pas sa manière de voir, non que je veuille faire de cette intervention une méthode exclusive ainsi que ses promoteurs, Polk, Krug, Baldy, Brown, etc. ont eu tendance à le faire ; mais j'ai la conviction profonde que cette opération est excellente si on la pratique avec discernement, *comme méthode d'exception,* dans certains cas bien déterminés.

Je ne mets donc en cause ici, ni l'incision vaginale, ni l'hystérectomie vaginale, ni la laparotomie, toutes ces méthodes ont leurs indications ; mais je prétends que dans certains cas le chirurgien échoue quelle que soit la méthode employée et il doit compléter la première opération par une deuxième et parfois même une troisième. Or c'est pour ces cas complexes, qui sortent des indications habituelles que la castration abdominale totale me paraît indiquée. Elle comble pour ainsi dire la lacune qui existe entre les autres méthodes formant une véritable méthode complémentaire.

Quelquefois je pratique la castration abdominale totale de propos délibéré, par exemple lorsque l'utérus est atteint de métrite intense avec périmétrite et qu'il existe des poches suppurées très élevées qui ne me paraissent pas en rapport avec l'organe ; lorsque l'utérus contient des fibromes qui en augmentent sensiblement le volume, en un mot, quand, à l'indication formelle de supprimer la matrice se joint une contre-indication de la méthode vaginale.

La plupart du temps la castration abdominale totale n'est que

le complément de la laparotomie. Je choisis la voie abdominale toutes les fois qu'il y a quelque incertitude dans le diagnostic, non seulement au point de vue de la bilatéralité des lésions, mais aussi de la nature même de ces lésions; quand l'utilité de supprimer l'utérus est douteuse, enfin quand il existe un obstacle quelconque du côté du vagin (atrésie du vagin, difficulté d'abaissement de l'utérus, existence de l'hymen, etc.). Dans ces conditions lorsque le ventre est ouvert, on peut se trouver en présence d'un utérus qu'il faut enlever; si par exemple après décortication des poches il est saignant, dépouillé de son péritoine, s'il est en rétroversion adhérente, si les ligaments larges sont infiltrés, si enfin l'utérus lui-même est le siège d'un néoplasme, d'infiltration purulente, ou même d'abcès ainsi que j'en ai observé plusieurs cas.

Réduite à ces proportions la castration abdominale totale sera rarement indiquée, mais sa raison d'être n'en est pas moins réelle, et son rôle me paraît important dans le traitement des suppurations pelviennes non seulement au point de vue de l'acte opératoire mais aussi au point de vue des résultats.

Resterait la question de la gravité de l'opération. Je ne puis me permettre de répondre sur ce point n'ayant fait l'opération que 10 fois seulement. Cette série de 10 cas que j'apporte au Congrès m'a donné deux morts ce qui serait excessif s'il s'agissait de cas simples et bénins, mais ce que j'ai dit des indications de l'opération démontre qu'elle ne relève que des cas particulièrement graves ; cas pour lesquels les autres méthodes sont tout aussi meurtrières.

Quant aux résultats définitifs, ils m'ont paru incomparables, tels que je n'en ai jamais observé avec les autres méthodes pour les cas similaires. La guérison est rapide et radicale ; elle l'a été du moins chez les 8 malades qui ont guéri. Jamais elles n'ont présenté ni douleurs abdominales, ni constipation, ni ballonnement. La plaie une fois cicatrisée, la guérison a été complète et s'est maintenue parfaite.

TABLEAU DES OPÉRATIONS

Nº d'ordre¹	Age	Etat général avant l'opération	ETAT LOCAL avant l'opération	DATE de l'opération	LÉSIONS CONSTATÉES PENDANT L'OPÉRATION	PIÈCES	SUITES OPÉRATOIRES	RÉSULTAT immédiat	RÉSULTAT définitif
1	36	Mauvais.	Hémorrhagies, écoulement purulent par le col, empâtement senti au-dessus du pubis.	20 janvier 1894.	Utérus volumineux rempli de noyaux fibreux; poches purulentes intro-utérines, adhérences multiples à l'intestin, trompes distendues par du liquide.	Utérus fibromateux. Ovaires scléro - kystiques; trompe droite distendue par du pus; trompe gauche par un liquide sanguin.	Très simples.	Guérison parfaite.	Guérison maintenue.
2	34	Très mauvais, malade exsangue.	Hémorrhagies utérines abondantes. Col ulcéré, donne lieu à un écoulement de pus; utérus enchâssé dans des bosselures douloureuses formant tumeur au-dessus du pubis.	4 juin 1894.	Adhérences de l'épiploon à la vessie et à l'utérus; adhérences intimes des annexes aux intestins, poche purulente volumineuse rétro-utérine; utérus volumineux, saignant après isolement des annexes; trompes kystiques. Ligaments larges très épais et d'aspect œdémateux.	L'utérus présente un col entr'ouvert, sanieux; la muqueuse utérine est épaisse, fongueuse; les ligaments larges sont infiltrés de pus. Les deux trompes sont remplies de pus. Les ovaires kystiq.	Très simples.	Guérison parfaite.	Guérison maintenue.
3	39	Médiocre, malade affaiblie par des hémorrhagies et souffrances vives.	Hémorrhagies internes; douleurs abdominales; col ulcéré donne passage à écoulement purulent, utérus rétroversé, adhérent, irréductible, empâtement dans le bassin.	6 septembre 1894.	Anses d'intestins agglutinées et masquant l'utérus. Utérus rétroversé et enfoui dans des fausses membranes et les annexes malades; poche purulente à gauche formée par la trompe.	Utérus gros, col ulcéré, muqueux, fongueux, décortiqué de son péritoine. Trompe gauche énorme distendue par du pus; trompe droite obstruée.	Très simples.	Guérison parfaite.	Guérison maintenue.
4	45	Assez bon mais neurasthénique.	Douleurs dans les reins, pertes de sang continuelles, utérus rétroversé et adhérent.	13 septembre 1894.	Anses d'intestins adhérentes et l'utérus rétroversé; ligaments larges épais; trompes kystiques; utérus saignant après décortication.	Utérus augmenté de volume. Trompes distendues par liquide citrin, ovaires scléreux.	Très simples, cependant abcès de la paroi.	Guérison parfaite.	Guérison maintenue mais restée neurasthéniq.
5	22	Mauvais.	Douleurs dans les reins et dans le ventre, marche impossible. Utérus fusionné dans une masse dure qui remplit le bassin et senti au-dessus du pubis.	23 octobre 1894.	Adhérences nombreuses à la vessie; ligaments larges énormes distendus par du pus; annexes très adhérentes; utérus laissé saignant après la décortication.	Utérus infiltré de pus, ligaments larges distendus par du pus, trompes fermées à leur pavillon, distendues par liquide citrin; ovaires criblés de kystes.	Très simples.	Guérison parfaite.	Guérison maintenue.

6	28	Très mauvais.	Douleurs intolérables : rend du pus par le rectum ; empâtement dur remontant à l'ombilic.	12 décembre 1894.	Fusion intime des anses entre elles et la vessie ; fistule intestinale, utérus enfoui dans des adhérences et des fausses membranes dans lesquelles sont les annexes, abcès pelviens nombreux, dont un entre les anses intestinales.	Utérus volume normal, annexes méconnaissables au milieu de poches sanguines et purulentes.	Ascension régulière de la température, double congestion pulmonaire d'origine septique.	Mort.	
7	45	Mauvais.	Douleurs intolérables, rétroversion et poches suppurées remplissant le bassin ; métrite peu intense.	20 mai 1895.	Adhérences multiples de l'intestin à l'utérus ; trompes énormes distendues par du pus ; utérus rétroversé et fixé dans des pseudomembranes au milieu desquelles on trouve des foyers purulents ; les ligaments larges paraissent normaux.	Utérus volumineux, infiltré de pus ; trompes grosses comme le pouce, déformées et remplies de pus ; ovaires kystiques.	Suites en apparence normales, mais le faciès se grippe et la mort survient par septicémie péritonéale sans élévation de température.	Mort.	
8	26	Mauvais.	Douleurs abdominales ; écoulement purulent par le col ; utérus enclavé entre deux tumeurs ; ligaments larges infiltrés.	21 septembre 1895.	Granulations tuberculeuses du péritoine ; amas caséeux par endroits ; fausses membranes fusionnant les annexes à l'utérus ; trompes très grosses, ligaments larges épais et cartonnés. Vaste foyer purulent dans la cavité de Douglas sous les annexes.	Utérus infiltré de pus formant des amas caséeux par endroits ; ligaments larges œdémateux, trompes grosses comme des oranges, remplies de pus ; ovaires disparus dans le hile des trompes.	Très simples.	Guérison parfaite.	Guérison maintenue.
9	25	Mauvais.	Douleurs, marche impossible, écoulement purulent par le col mais l'utérus parait mobile : annexes formant tumeur de chaque côté.	10 décembre 1895.	Utérus renversé à gauche par le ligament large droit distendu ; adhérences de l'intestin aux annexes ; annexes difficiles à isoler ; abcès dans l'épaisseur du ligament large droit. Utérus saignant après isolement des annexes.	Utérus volume normal, présente un abcès gros comme une noisette près de son angle droit. Trompe droite grosse comme le doigt, renferme liquide citrin ; trompe gauche grosse comme le pouce, remplie de pus.	Très simples.	Guérison parfaite.	Guérison maintenue.
10	45	Mauvais.	Métrorrhagies, douleurs abdominales. A eu plusieurs poussées de péritonite. Utérus gros, enclavé dans une masse compacte remontant à l'ombilic.	7 mars 1896.	Adhérences intimes de l'intestin à la vessie et à l'utérus. Utérus volumineux présente des irrégularités dues à des noyaux fibreux, poches purulentes ouvertes en décollant l'intestin, fistule ouverte dans le rectum, avivée et suturée. Les annexes forment un magma informe avec l'utérus, le tout est enlevé comme une tumeur ; l'hémostase est impossible ainsi que la fermeture du péritoine à cause de la friabilité des tissus. Tamponnement à la Mieulicz.	L'utérus renferme des noyaux fibreux ; il pèse 700 gr. ; les annexes sont méconnaissables, réduites en bouillie. Le péritoine pelvien a disparu en totalité ; il a été impossible de constituer une collerette.	Très simples.	Guérison parfaite.	Guérison maintenue.

[1] Les quatre premières observations ont été publiées *in extenso* au Congrès français de chirurgie, 1894.

M. **Doyen** (de Reims). — Le traitement opératoire des suppurations péri-utérines est demeuré à l'ordre du jour depuis la communication de Péan, en août 1890, à l'Académie de Médecine et au congrès de Berlin. Nous passerons en revue les trois méthodes concurrentes : 1° l'hystérectomie vaginale ; 2° la castration tubo-ovarienne par la laparotomie ; 3° l'incision simple des foyers purulents.

I. *Hystérectomie vaginale.*

Segond se fit, dès 1890, le champion des idées de Péan, et préconisa comme procédé de choix, dans les cas de suppuration pelvienne, l'extirpation vaginale de l'utérus par la méthode du morcellement après hémostase préventive.

Péan, au moment du 5e congrès français de chirurgie, n'avait pas encore publié ses observations. Il n'avait pas fait connaître la date de ses premières opérations. Et lorsque, prenant la parole quelques instants après Segond, nous avons donné le 1er avril 1891 le résumé de nos 18 premières observations d'hystérectomie vaginale pour lésions inflammatoires, et signalé l'année 1887 comme date de nos premières hystérectomies vaginales pour lésions suppurées des annexes, nous avions le simple désir de prendre rang avant Segond, qui venait de se poser comme l'alter-ego de Péan, parmi les promoteurs de la nouvelle méthode.

C'est ainsi que nous avons fait connaître qu'en décembre 1887, c'est-à-dire deux ans et demi avant la première communication de Péan sur ce même sujet, nous avons imaginé de notre côté, et sans connaître ses observations, encore inédites, d'appliquer l'hystérectomie vaginale au traitement des lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes, particulièrement dans les cas de lésions suppurées, et de substituer à la castration tubo-ovarienne de Hegar et Battey la castration totale par le vagin.

Les avantages de la voie vaginale nous semblaient tels, qu'avant d'avoir jamais pratiqué la moindre laparotomie pour lésions inflammatoires des annexes, nous avons attaqué de propos délibéré ces lésions par la voie vaginale, trouvant défectueux d'enlever les annexes seules et de laisser en place la cause première du mal, l'utérus atteint de métrite infectieuse.

Il est aisé de constater, en parcourant le texte de notre communication du 1er avril 1891, que nous n'avons jamais songé à réclamer à cette époque la moindre priorité pour l'hystérectomie vaginale dans les cas de lésions suppurées, ce que nous eussions certainement fait dès le mois d'août 1890, si Péan, au lieu de traiter suivant son habitude la question sur un ton général et sans préciser, avait donné la date de sa première opération.

Segond, dans son rapport au Congrès de gynécologie de Bruxelles (sept. 1892) aurait pu ne pas oublier de citer nos observations, et notre communication aurait dû d'autant mieux attirer l'attention du rapporteur que, parmi les orateurs inscrits à Paris à propos de la discussion à l'ordre du jour, trois seulement : Péan, Segond et Doyen s'étaient montrés, tout en préconisant deux méthodes opératoires bien distinctes, les partisans de l'hystérectomie vaginale.

C'est donc seulement à Bruxelles, le 15 septembre 1892, que Segond, demandant la parole à propos de notre communication et incriminant cette date du 3 décembre 1887 que nous venions de citer, nous reprocha vivement de réclamer trop tard une priorité qui ne saurait, disait-il, être enlevée à Péan.

Nous avons écouté avec un profond étonnement les paroles de Segond. Comment aurions-nous pu, sans connaître les dates ni les moindres détails des premières hystérectomies de Péan pour lésions péri-utérines suppurées, réclamer la priorité sur un chirurgien d'une pratique aussi étendue et dont nous croyions les observations bien antérieures aux nôtres.

Les observations de Péan n'ont en effet été publiées que dans le tome 8 de ses cliniques, qui parut en décembre 1892, c'est-à-dire trois mois après le Congrès de Bruxelles.

Et il est facile de lire, dans les compte-rendus du même Congrès (page 208, avant-dernière ligne), que nous croyions les premières opérations de Péan faites au cours de l'année 1886. Nous ne songions donc aucunement à réclamer la priorité contre Péan.

Notre communication de Paris étant demeurée inaperçue, nous venions simplement affirmer, pour la seconde fois, notre antériorité de près de trois ans sur les observations de Segond et déclarer que non seulement nous avions eu en 1887, avant qu'il n'ait fait aucune communication sur ce sujet, la même idée que Péan d'appliquer l'hystérectomie vaginale au traitement des lésions suppurées péri-utérines, mais que dès cette époque, nous avions atteint ce but par une méthode opératoire originale, absolument différente

de l'hystérectomie par morcellement et très supérieure à cette dernière.

Segond nous apprit, en comparant les dates, jusqu'alors ignorées de tous, excepté de lui et de Péan, qu'en outre la priorité de l'opération nous appartenait sans conteste.

Il n'y avait pas là matière à un reproche et le représentant officiel de la France à Bruxelles, s'il se refusait à adresser à un jeune collègue, Français comme lui, quelques félicitations, aurait eu meilleure grâce à garder le silence.

Depuis, un de ses élèves a même tenté de contester nos premières observations — nous passerons sur ces mesquineries.

Les collègues qui ont participé à nos premières opérations, le Dr Decès, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Reims, et le Dr Seuvre, comme lui ancien interne des hôpitaux de Paris, sont les garants que non seulement nous avons fait notre première hystérectomie vaginale pour lésion suppurée des annexes de propos délibéré, et après discussion approfondie, mais que nous avons pratiqué nos premières hystérectomies vaginales de nous-même, sans avoir jamais assisté à aucune opération analogue faite par un autre chirurgien, et que, le 3 décembre 1887, lorsque nous avons appliqué notre procédé d'hystérectomie vaginale à la cure d'un cas grave de lésion péri-utérine suppurée, nous n'avions encore pratiqué aucune laparotomie pour lésion suppurée des annexes. Notre méthode était donc sans conteste une méthode originale.

La malade, Madame P..., habitant à Reims, place d'Erlon, âgée de 42 ans, et atteinte, après plusieurs poussées antérieures, d'accidents inflammatoires aigus, présentait une température de 40°. La présence du pus dans les annexes des deux côtés étant certaine et l'opération devant être bilatérale, nous avons décidé de choisir la voie vaginale, que nous avions déjà employée avec succès dans un cas grave de périmétrite adhésive non suppurée.

La guérison nous semblait plus sûre en pratiquant la « castration totale ; » la castration « tubo-ovarienne » par la laparotomie ayant l'inconvénient de laisser en place l'utérus, atteint de métrite interne infectieuse, origine de la double ovarosalpingite suppurée.

Nous supprimions ainsi, contrairement à la méthode incomplète de Battey et de Hégar, à la fois et la cause et l'effet.

Nous avons fait cette opération en moins de trente minutes, par notre procédé aujourd'hui bien connu d'hémisection médiane antérieure de l'utérus, et nous avons extrait avec les doigts et des pinces

à anneaux les poches tubo-ovariennes, l'une entière, l'autre après évacuation du pus, en totalité, après les avoir libérées de leurs adhérences intestinales multiples.

Les annexes à la vulve, nous avons placé au-dessus d'elles, de chaque côté une seule de nos pinces à pression élastique sur chaque ligament large et pratiqué leur section.

La guérison se fit sans encombre. Cette première opération (nous l'avions répétée dix-huit fois dans divers cas de lésions annexielles inflammatoires, en avril 1891, lors de notre communication au Congrès de chirurgie de Paris), affirme donc à la fois : 1° notre priorité de date — puisque l'intervention a été faite avant la première opération de Péan, et, de plus, de propos délibéré, après discussion entre plusieurs confrères ; 2° l'originalité de notre procédé opératoire.

Péan seul, par sa grande autorité, pouvait faire prévaloir une méthode nouvelle.

Nous n'avions jamais songé qu'à opposer, avec observations à l'appui, à la méthode de Péan une méthode personnelle et originale, ayant, comme la sienne, fait ses preuves et méritant d'être mise en concurrence avec les procédés du chirurgien de St-Louis.

La question des dates est aujourd'hui jugée, et la priorité nous appartient, grâce à Segond.

Si l'équivoque a duré jusqu'en septembre 1892, Péan et Segond seuls en sont responsables, l'un pour n'avoir publié qu'après nous la date de sa première opération, le deuxième pour avoir négligé de prendre en considération notre communication de l'année précédente.

Discutons maintenant la valeur des procédés opératoires.

Les adeptes de la méthode de Péan ont cherché, dans un but trop évident, à faire prévaloir pour l'hystérectomie en cas de lésion suppurée des annexes, le nom d' « opération de Péan. »

Landau s'est fait en Allemagne le champion de cette idée.

Nous croyons qu'il y a là une exagération et que, si Péan a eu sans conteste le mérite d'apporter à la nouvelle méthode l'appui de sa grande autorité, le nom d' « opération de Péan » doit être réservé à l'hystérectomie vaginale pour lésion suppurée des annexes par la méthode de Péan, c'est-à-dire par la méthode du « morcellement après hémostase préventive. »

Je ne sache pas qu'en décidant une opération d'hystérectomie vaginale pour lésion inflammatoire des annexes, aucun chirurgien

puisse affirmer dans tous les cas sans exeption, avant d'en avoir la preuve devant les yeux, la présence du pus.

Aussi Péan et Segond les premiers ont-ils fait rentrer dans leurs statistiques, à côté des cas d'hystérectomie pour lésions réellement suppurées, les hystérectomies pour hémosalpinx et pour lésions inflammatoires simples.

Ce point étant bien déterminé, d'après les statistiques mêmes de Péan et de Segond et des adeptes de leur méthode, nous croyons que le terme « opération de Péan, » doit être donné non pas à toute hystérectomie vaginale pour lésions inflammatoires des annexes, mais bien à la seule hystérectomie vaginale faite par la méthode décrite par Péan depuis le mois d'août 1890 dans diverses communications.

L' « opération de Péan » est l'hystérectomie vaginale par morcellement avec forcipressure préventive de l'étage inférieur des ligaments larges, section bilatérale du col, résection des valves cervicales antérieures et postérieures ainsi obtenues et ainsi de suite jusqu'à extraction complète de l'utérus.

L'opération de Doyen consiste, au contraire, à ouvrir d'abord le cul-de-sac péritonéal postérieur, à décoller, s'il y a lieu, de ses adhérences, la face postérieure de l'utérus, puis à extraire l'organe en l'inversant à la vulve, après hémisection médiane de sa paroi antérieure, et, à sa suite, les annexes.

L'hémostase est inutile au cours de l'opération. La forcipressure des ligaments larges n'est pratiquée qu'à la fin de l'opération, au-dessus des annexes.

Nous avons donc en présence pour le traitement opératoire des suppurations pelviennes, deux procédés opératoires bien distincts : l'un, celui qui a la priorité comme date, le procédé de Doyen ; l'autre, le procédé de Péan.

L'opération de Péan doit-elle l'emporter sur l'opération de Doyen ? telle est la question.

Nous ne le croyons pas.

La méthode de Péan est une méthode à la fois aveugle et hésitante. Péan commence par isoler le col de la muqueuse vaginale. Il applique de chaque côté, sur les artères utérines, une pince à forcipressure, pratique la section bilatérale du col et réséque les deux valves ainsi obtenues. Le tissu utérin saisi à l'aide de nouvelles pinces à griffes et isolé des tissus voisins, Péan place de chaque côté du moignon cervical deux nouvelles pinces à forcipressure, le sec-

tionne transversalement, résèque les deux nouveaux lambeaux, et ainsi de suite jusqu'à l'extraction du fond de l'organe. Existe-t-il des adhérences profondes, des poches purulentes intra-péritonéales ou annexielles, ces poches se trouvent ouvertes progressivement. Le pus s'écoule à la vulve et, fragment par fragment, l'opérateur extirpe le tissu utérin et ce qu'il peut des annexes.

L'opération terminée, le vagin se trouve bourré de 8, 10, 15, 30 et jusqu'à 40 ou 50 pinces, pour la plupart inutiles. Souvent Péan a laissé également des éponges montées, se trouvant impuissant à arrêter, à la fin de l'opération, malgré cet abus de pinces, une hémorrhagie dont la source se trouvait inaccessible.

L'un des moindres inconvénients de l'opération de Péan est d'être une opération radicale entre toutes, puisque avant même d'avoir pu pratiquer l'exploration de la cavité pelvienne, la moitié inférieure de l'utérus, sa presque totalité même se trouvent réséquées. Dès que Péan prend le bistouri, le sacrifice de l'utérus est décidé. Peu importe si, l'utérus à la vulve, on s'aperçoit que les trompes et les ovaires sont sains et que la femme a subi une mutilation inutile. Que de femmes ont ainsi subi l'ablation vaginale de l'utérus sain, alors qu'elles étaient atteintes d'appendicite ou de troubles gastriques que l'on prétendait ainsi guérir.

S'agit-il d'un utérus enclavé au milieu d'adhérences pelviennes, entouré de poches purulentes intrapéritonéales, tubaires ou ovariennes : le col réséqué, l'opérateur, qui s'est privé sans raison plausible du meilleur guide pour mener à bien l'opération, extirpe, morceaux par morceaux, ce qu'il peut atteindre de l'utérus. Si, par malheur, la vulve est étroite, si le fond de l'utérus est haut fixé, plus l'opération se prolonge et plus le champ opératoire, encombré de pinces, devient à la fois exigu et profond. Bien heureux si, au bout de trois quarts d'heure, d'une heure, de deux heures et plus de ces manœuvres pénibles, le chirurgien arrive à ouvrir les poches purulentes pelviennes, laissant dans le bassin la plus grande partie des annexes et souvent des fragments des cornes et du fond de l'utérus.

Encore un coup de bistouri et l'opérateur, heureux d'extraire un nouveau fragment, amène triomphalement à la vulve un fragment de la vessie ou quelques décimètres d'intestin.

Opération laborieuse entre toutes, aussi pénible pour le chirurgien que pour la patiente, qui subit sous forme de choc le contre-coup de ces manœuvres brutales et prolongées : telle est l'opération de Péan.

Et ne croyez pas que nous exagérions. L'opération de Péan peut

être complète, dans les cas très simples. Dans les cas difficiles, elle demeure forcément incomplète et inachevée. C'est alors non pas même une castration utérine simple, comme l'a d'abord proposée Péan, jugeant inutile d'enlever les annexes, mais « une hystérectomie sans hystérectomie » ainsi qu'on l'a spirituellement dénommée.

Quant aux lésions de la vessie, de l'uretère, de l'intestin, on ne les compte plus. On a généralement omis de les signaler et de même que nous avons examiné, entre autres, une femme qui, se croyant opérée, par un élève de Péan, d'ablation totale de l'utérus et des annexes, et souffrait plus que jamais, avait à peine subi une extirpation partielle du col, de même Péan, dans ses statistiques d'hystérectomie totale pour fibromes, a compté au nombre de ces opérations de simples énucléations de polypes muqueux sans incision ni résection du col utérin. Il est donc impossible de se baser, au point de vue des résultats, sur les chiffres publiés, pour se rendre compte 1° des accidents immédiats imputables au manuel opératoire ; 2° de la mortalité réelle de l'opération de Péan.

Notre manuel opératoire est bien différent. Dès 1887, comme en témoignent nos photographies, publiées dans un mémoire antérieur, nous avons réglé les grandes lignes de notre procédé d'hystérectomie :

Le col saisi de chaque côté par une pince à griffes, nous incisons avec des ciseaux mousses (jamais nous n'employons, comme Péan, le bistouri) le cul-de-sac vaginal postérieur. Le péritoine est ouvert, s'il est libre, du 2e ou 3e coup de ciseaux. Il s'écoule alors 15 à 30 grammes de sérosité citrine, normale chez la femme.

L'index droit, introduit dans la boutonnière séreuse, explore la face postérieure de l'utérus ainsi que les annexes, et s'il existe des adhérences partielles, les détruit aussi haut que possible.

Ceux qui n'ont pas employé notre procédé ne peuvent savoir combien, par une simple boutonnière du cul-de-sac de Douglas, il est aisé d'explorer en quelques instants la face postérieure de l'utérus, le fond de cet organe et les annexes des deux côtés. L'index, circonscrivant, s'il en existe, les poches tubo-ovariennes, les isole jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure et même de l'ombilic. Si le Douglas est oblitéré par des adhérences inflammatoires, l'index, suivant de la pulpe la face postérieure de l'utérus, décolle ce dernier des tissus sous jacents, et peut le plus souvent en atteindre puis en franchir le fond et les cornes, accessibles, à moins d'une hypertrophie assez rare en pareil cas, pour un chirurgien de quelque expérience.

L'exploration du petit bassin terminée et quelques-unes des poches rétro-utérines ou latérales se trouvant évacuées à la vulve au cours de ces manœuvres, il est aisé de décider, en toute connaissance de cause, si la castration utéro-ovarienne ou, comme nous l'avons dénommée le premier, la « castration totale » doit être effectuée.

L'opération radicale décidée, le col est attiré en bas, l'écarteur porté en avant, et nous complétons avec les ciseaux mousses, sur les côtés et en avant du col, la section de la muqueuse vaginale.

La vessie est décollée avec l'index droit aussi haut et aussi latéralement que possible. L'utérus est alors isolé en avant et en arrière de toute connexion avec les organes voisins. Le col s'abaisse aussitôt au voisinage de la vulve. Nous pratiquons l'hémisection de sa paroi antérieure. Bientôt apparaît le cul-de-sac péritonéal antérieur, appliqué à la face antérieure de l'utérus. Nous l'incisons largement. L'hémisection médiane est prolongée sur le corps de l'organe, qui, attirant à la suite les anses intestinales ou l'épiploon adhérents, souvent l'S illiaque, parfois l'appendice vermiculaire et le cœcum, s'abaisse peu à peu et apparaît entièrement au-dessous de l'écarteur.

L'isolement du fond de l'utérus se fait aisément sous les yeux même des spectateurs, et l'opération se termine d'autant mieux, qu'aucune pince vaginale n'encombre le champ opératoire. Le corps de l'utérus, entr'ouvert, pend à la fourchette ; en aucun cas, nous n'avons jugé utile ou avantageux, comme le pratiquent quelques-uns, d'achever sa section en deux moitiés latérales. Nous reconnaissons de l'index, la pulpe tournée vers les annexes à explorer, les tumeurs, des deux côtés, et nous commençons l'extirpation par les plus accessibles, les gauches de préférence. Nous serrons, à cet effet, entre les mors d'une pince à anneaux ce qui peut être saisi des trompes et, par des tractions modérées, combinées à l'action de l'index et du médius, qui, après avoir rompu progressivement les adhérences, atteignent bientôt la partie supérieure des annexes et les luxent à la vulve, nous pratiquons l'extirpation complète des poches tubo-ovariennes. S'il existe des kystes séreux ou purulents trop volumineux, il est facile de les évacuer à la vulve au cours de ces manœuvres.

Il est exceptionnel que l'extraction des annexes ne soit pas complète. Celle de l'utérus l'est toujours, grâce à la simplification de notre méthode.

Les poches tubaires lardacées, si elles sont trop volumineuses, sont extraites en inversion, comme l'utérus, grâce à plusieurs sections en V, comme nous les pratiquons dans les cas de fibromes.

Nous appliquons alors au-dessus des annexes, sur chaque ligament large, de haut en bas, une grande pince à mors élastiques, puis, soit au-dessus, soit au-dessous, une petite pince, dite de sûreté ou de renfort, et nous tamponnons le vagin jusqu'à la boutonnière péritonéale où se trouvent les extrémités des mors de nos grandes pinces, avec une ou deux compresses de gaze stérilisée. La grande pince est enlevée au bout de quarante heures; les petites huit ou dix heures plus tard ; la gaze, le troisième ou le quatrième jour. Le cinquième jour seulement, à moins d'indications spéciales, les injections vaginales sont largement pratiquées, au nombre de cinq à six par vingt-quatre heures.

Quels sont les résulats de cette méthode ?

Notre statistique intégrale nous donne, avant décembre 1893, 7,5 °/o d'insuccès, pour les lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes et, depuis ce temps 2,1 °/o. Et, comme il est facile de le constater sur nos registres, tenus au jour le jour, nous n'avons pas eu besoin de supprimer, pour obtenir ces chiffres, sous prétexte de décès de cause extra-opératoire, de prétendus étranglements internes ou de prétendues pneumonies, où il ne faut voir le plus souvent que des accidents septicémiques directs. Ces détails sont loins d'être superflus.

Toutes nos séances opératoires ont lieu devant plusieurs confrères français. Beaucoup de collègues étrangers nous ont honoré de leur visite. Tous ont pu vérifier nos assertions : un utérus très adhérent avec ovarosalpingite suppurée bilatérale de moyen volume s'enlève, par notre méthode, en six ou huit minutes. Depuis plus d'un an, nous n'avons pas dépassé, dans les cas les plus compliqués, le temps de quinze minutes, y compris la forcipressure et la section des ligaments larges.

Dans un de ces cas, l'utérus était immobilisé très haut et le col, à peine accessible, ne pouvait être abaissé de dix millimètres sous l'influence des tractions les plus violentes. La face postérieure de l'utérus isolée, ainsi que la vessie, le col apparut à la vulve. Au bout de trois minutes, l'utérus était extrait. Les annexes gauches, énormes, adhéraient à l'intestin et furent extraites en bloc. Les annexes droites, du volume des deux poings, remontaient presque à l'ombilic et amenèrent à leur suite le cœcum et l'appendice vermiculaire, qui en furent isolés sous les yeux de tous.

Aucun accident opératoire, guérison apyrétique.

Segond qui, sans avoir jamais pris la peine de nous voir opérer,

reconnaît notre procédé d'hystérectomie vaginale comme très supérieur à celui de Péan dans les cas très simples, prétend ce dernier seul applicable dans les cas difficiles et compliqués d'adhérences.

Nous ne pouvons accepter le jugement de Segond.

Dans les cas simples, on enlève par notre méthode en 3, 4, 5, 6 ou 8 minutes des utérus que Péan et ses élèves extirpent à grand peine en un quart d'heure, une demi-heure, trois quarts d'heure et plus.

Dans les cas difficiles, nous menons à bien en 10, 12 et 15 minutes avec extirpation complète des annexes, des interventions où par la méthode de Péan, on ne sait pas encore, au bout d'une heure et demie, quand on pourra entrevoir la fin de l'opération.

Presque tous les confrères qui ont assisté à nos séances opératoires nous ont vu pratiquer successivement 6, 8 et 10 opérations, et souvent après 3 ou 4 laparotomies, 4, 5 ou 6 hystérectomies vaginales.

Presque tous ont également suivi les opérations de Péan et de Segond. Tous ont pu se convaincre que le peu de durée de nos hystérectomies vaginales dépendait exclusivement de la perfection et de la simplicité de notre manuel opératoire. La position même de la malade, qui, chez nous, a le bassin légèrement luxé en avant et l'axe du vagin horizontal, au lieu de se trouver dans la position de Segond, les jambes pliées sur les cuisses et les cuisses sur l'abdomen, est remarquablement favorable à l'extirpation rapide de l'utérus et des annexes.

L'opération, loin de se faire à l'aveugle, peut être suivie par 10 ou 15 spectateurs.

Aussi, presque tous les chirurgiens qui ont assisté à nos opérations ont-ils définitivement abandonné la méthode de Péan. Ceux qui faisaient avec peine par la méthode Péan une hystérectomie pour suppuration pelvienne en une heure ou une heure et demie, la terminent par notre procédé en 15 ou 20 minutes.

L'opération de Péan offre d'ailleurs les mêmes inconvénients, dans les cas de suppuration pelvienne, que présente, dans les cas de fibromes utérins, sa méthode d'hystérectomie par morcellement central conoïde après hémostase préventive.

Péan encombre le champ opératoire d'instruments inutiles, et, dès le début de l'opération sacrifie le col, que nous conservons au contraire comme le guide le plus précieux, au cas où, les pinces supérieures ayant lâché tout à coup, le fond de l'utérus vient à fuir dans

la profondeur. N'avons-nous pas les lèvres de notre section médiane, qu'il nous suffit de suivre de nouveau de bas en haut, pour ressaisir le fond de l'organe, tout en conservant dans les cas les plus difficiles une notion exacte des rapports de l'utérus et des organes voisins. Enfin, et cet argument n'est pas l'un des moindres, jamais, sur plusieurs centaines de cas d'hystérectomie pour lésions inflammatoires souvent suppurées, il ne nous est arrivé de blesser ni la vessie, ni les uretères, et une seule fois nous avons eu une petite déchirure de l'intestin grêle dans un cas de poches purulentes multiples fistuleuses.

Impossibilité presque absolue de blesser l'uretère, la vessie ou l'intestin, durée beaucoup moindre de l'opération, perte de sang minime ou nulle, et par suite, moins de chance de choc, tels sont les avantages réels de notre méthode.

Tous les chirurgiens qui, après avoir assisté à plusieurs de nos opérations, si simples et si rapides, voient de nouveau opérer Péan ou Segond avec ce luxe d'aides et d'instruments superflus, se rendent compte que, dans des interventions aussi prolongées et aussi laborieuses, l'opérateur se crée à lui-même des difficultés tout artificielles et perd un temps précieux à des manœuvres inutiles. Que peut-on bien faire pendant deux heures dans le vagin, sinon contusionner ou blesser la vessie, les uretères ou l'intestin.

Nous rappelons que nous opérons avec un seul assistant, ce qui, à notre avis, est une double condition de rapidité et de succès.

Opérer vite bien, et simplement, tel a toujours été notre objectif. La méthode si compliquée de Péan, cette mise en scène presque théâtrale que tout le monde connaît, sont les moindres critiques qu'on puisse adresser à l'inventeur de l'hémostase préventive et du morcellement, dont la méthode, déjà surannée, ne conservera que peu de temps encore l'intérêt purement rétrospectif que nous lui concédons aujourd'hui.

II. *Extirpation des Annexes par la Laparotomie.*

Passons à la laparotomie.

Nous avons pratiqué 80 fois environ l'extirpation des annexes par la laparotomie.

Ce chiffre témoigne de notre prédilection pour la voie vaginale.

La laparotomie est indiquée chaque fois qu'il existe des tumeurs annexielles très volumineuses, atteignant ou dépassant l'ombilic, et

particulièrement dans les cas où le diagnostic de tuberculose est probable.

La limite à assigner entre les tumeurs annexielles inflammatoires justiciables soit de la laparotomie, soit de l'hystérectomie vaginale, variera toujours quelque peu suivant l'expérience et l'habileté manuelle de chaque opérateur.

Y a-t-il quelque doute, les instruments doivent être prêts pour l'un ou l'autre mode d'intervention. Un dernier examen, pratiqué sous le chloroforme, permet au chirurgien de décider en dernier ressort et de choisir la voie qui lui paraît offrir entre ses mains le plus de chance de succès.

Le chirurgien se trompera rarement s'il est guidé, non pas par le désir de faire prévaloir telle ou telle méthode, mais bien par l'intérêt seul de la patiente.

Nous n'avons pas à nous étendre sur le manuel opératoire bien connu de l'extirpation des annexes par la laparotomie.

La position de Trendelenbourg, inutile dans les cas simples, où les poches tubaires ou ovariennes peuvent être enlevées intactes et sans rupture, est défectueuse chaque fois qu'il faut évacuer au dehors de grandes quantités de pus, et particulièrement dans les cas où le pus, si souvent infertile, contient au contraire le streptocoque ou le bacterium coli.

La position de Trendelenbourg expose alors à la contamination des régions supérieures du péritoine, devenues déclives, et où l'introduction d'une seule goutte de pus virulent peut être le point de départ d'une infection suraiguë.

Nous opérons dans le décubitus dorsal horizontal, placé à droite de la malade.

Se présente-t-il quelque suture ou ligature difficile au fond de la cavité pelvienne, le mécanisme de notre lit d'opération nous permet de disposer en un instant, en déplaçant uniquement le chloroformisateur, la patiente dans la position déclive de Trendelenbourg.

Nous sectionnons au thermocautère le pédicule avant de le réduire.

Les désordres pelviens sont-ils considérables, nous isolons par quelques sutures rétro-vésicales, pelviennes et mésentériques, le petit bassin de la grande cavité péritonéale ; parfois cette cavité inférieure est bourrée de gaze temporairement. Cette gaze fait saillie à l'extrémité inférieure de l'incision pariétale, que nous laissons

entr'ouverte, après avoir pris soin de fermer exactement le péritoine au-dessus.

Il est aisé d'enlever par la laparotomie, grâce à notre procédé déjà décrit d'hystérectomie abdominale totale pour fibromes, l'utérus en même temps que les annexes, en refermant le vagin. Si la malade est très affaiblie, il faut toutefois savoir s'arrêter à temps et ne pas compromettre le succès par une intervention plus grave et sans utilité immédiate.

Il sera temps encore, s'il persiste après la castration tubo-ovarienne des accidents utérins, de faire l'hystérectomie vaginale, simplifiée par l'ablation antérieure des annexes.

III. *Incision simple des poches purulentes.*

L'extirpation des annexes par la laparotomie d'une part, l'hystérectomie vaginale de l'autre, ont tout d'abord tellement passionné les chirurgiens, que c'est à peine si, au premier congrès de gynécologie en 1892, à Bruxelles, quelques voix, et particulièrement celle de M. Laroyenne, de Lyon, se sont élevées en faveur de la chirurgie conservatrice.

Nous avons rappelé, à propos de la méthode de Laroyenne, que Bernutz, bien avant lui, opérait de même à l'aide du trocart, et nous n'avons combattu le procédé du trocart que pour préconiser, à l'exemple de Bouilly, une méthode plus chirurgicale et moins aveugle : l'incision large du cul-de-sac postérieur et des poches adjacentes.

Cette incision vaginale simple des poches péri-utérines, nous l'avons pratiquée assez souvent.

N'est-elle pas, en quelque sorte, un des temps de notre méthode d'hystérectomie vaginale.

Nous ouvrons d'abord le cul-de-sac de Douglas, oblitéré ou non, et nous explorons la face postérieure de l'utérus. Existe-t-il une ou plusieurs poches purulentes, séreuses ou sanguines volumineuses, le doigt les ouvre aisément, sinon les ciseaux mousses. S'écoule-t-il une grande quantité de pus, nous préférons éponger simplement les poches et les tamponner, pour remettre à une date ultérieure l'hystérectomie vaginale, qui, souvent, comme le démontrent les observations de Bernutz, de Laroyenne et les nôtres, n'est pas nécessaire.

Notre procédé d'hystérectomie vaginale est donc à volonté, soit une opération exploratrice, au même titre qu'une laparotomie exploratrice, soit une opération conservatrice : incision simple des poches péritonéales ou tubo-ovariennes, soit enfin une opération radicale, et, chez de jeunes femmes, nous avons à diverses reprises pratiqué par l'incision du cul-de-sac postérieur, après avoir vérifié l'intégrité des annexes du côté opposé, l'extirpation unilatérale simple des annexes malades, en laissant en place l'utérus.

Notre procédé vaginal permet donc, à l'encontre des opérations de Péan, qui mutile d'emblée l'utérus :

1° De vérifier le diagnostic par l'exploration digitale du petit bassin.

2° De pouvoir, suivant les indications qui peuvent surgir au cours de cette exploration, se contenter de l'incision simple des poches péri-utérines ou de l'extirpation unilatérale des annexes, méthode précieuse chez une jeune femme souffrant, par exemple, d'un hémosalpinx simple ou suppuré sans lésion de la trompe opposée.

Péan, comme nous l'avons vu, sacrifie au contraire l'utérus dès le début de l'opération, tout en s'exposant à laisser, faute d'un manuel opératoire suffisant, l'intervention inachevée.

L'incision simple des poches péri-utérines par le vagin est donc l'opération de choix dans un certain nombre de cas bien déterminés, chez des jeunes filles, par exemple, ou chez de jeunes femmes chez lesquelles la castration totale ne doit être tentée que comme suprême ressource. Ce mode d'intervention est encore le meilleur dans les cas de poches purulentes pelviennes très volumineuses, où l'état général de la patiente est assez mauvais pour contre indiquer une opération plus laborieuse, qui pourrait exposer un organisme débilité et sans résistance à une infection péritonéale rapidement mortelle.

L'incision simple des poches peut se faire également par la laparatomie, toujours preférable à la voie vaginale quand l'affection affecte une forme nettement abdominale.

Il faut alors inciser au-dessus du pubis.

La laparotomie médiane est généralement indiquée, le plastron sous-ombilical s'étendant le plus souvent des deux côtés. Parfois, si l'induration est unilatérale, et si, comme nous l'avons observé, il est impossible de faire le diagnostic différentiel entre une collection purulente intra péritonéale et sous-péritonéale, l'incision doit être faite de préférence parallèlement à l'arcade de Fallope.

Le diagnostic exact du siège de la suppuration ne peut le plus souvent être fait que de visu.

Tout récemment appelé à opérer d'urgence, dans un village, une jeune fille de 16 ans, atteinte de suppuration pelvienne, et dont la mère avait été guérie, peu de temps auparavant, d'une hématocèle rétro-utérine, par l'incision vaginale simple pratiquée avec succès par notre ami le D[r] Rebière, nous avons constaté au palper l'existence d'un plastron sous-ombilical énorme, s'étendant à gauche vers le rein. Le cul-de-sac postérieur était envahi, l'utérus immobilisé. L'affection ayant débuté brusquement à la fin des règles, six semaines auparavant, le diagnostic rationnel était celui d'hématocèle ou d'hémosalpinx double suppuré.

Bien que certains gynécologistes aient cru, dans ces dernières années, devoir contester la possibilité d'hématocèles intrapéritonéales vraies, l'irrégularité des limites supérieures du plastron suspubien, son extension anormale vers le rein gauche et son étendue considérable nous firent porter le diagnostic d'hématocèle intrapéritonéale suppurée.

L'incision médiane sus-pubienne nous conduisit directement sur une poche à parois lardacées et œdémateuses, d'une épaisseur de 15 millimètres et contenant près de deux litres de pus.

La cavité, limitée en bas par l'utérus et les annexes, englobés dans un tissu analogue, était fermée en haut par les anses intestinales et l'épiploon, comme il fut aisé de nous en assurer en prolongeant en haut de quelques centimètres l'incision pariétale, afin de nous assurer qu'aucune goutte de pus n'avait infecté la grande cavité péritonéale.

Nous avons laissé les trompes et les ovaires, l'indication opératoire étant la guérison du foyer suppuré.

Nous avons pratiqué plusieurs fois des interventions analogues, avec plein succès.

Généralement la guérison est définitive, et il n'est pas ultérieurement nécessaire de faire l'hystérectomie vaginale.

Parmi plusieurs exemples d'incisions latérales, nous citerons un cas de salpingite ou hématocèle suppurée unilatérale, et un cas de kyste dermoïde suppuré de l'ovaire ou du ligament large, opérés avec succès, quoique l'intervention ait été faite presque *in extremis*, par la simple incision. La tumeur tubaire ou ligamentaire suppurée est, en effet, entourée d'adhérences et, en pareil cas, l'opération est faite en deux ou trois minutes, sans présenter plus de gravité que l'incision d'un phlegmon iliaque d'origine ligamentaire. La seule différence, au point de vue du manuel opératoire, est que, au lieu

d'atteindre le foyer suppuré entre l'aponévrose iliaque et séreuse, il faut, après avoir incisé le muscle transverse, inciser aussi le péritoine, à l'intérieur duquel se trouve soit le foyer purulent enkysté au milieu d'adhérences inflammatoires, soit la poche tubaire, ovarienne ou ligamentaire, elle-même circonscrite par des adhérences.

Ces dernières n'existeraient-elles pas, l'incision latérale n'offre en pareil cas, aucun inconvénient et la poche unilatérale peut être tout aussi bien évacuée et, s'il y a lieu, extraite par cette voie que par la laparotomie.

Les opérations conservatrices ont, chez les jeunes femmes, une importance indéniable, car la grossesse peut survenir ultérieurement, comme nous l'avons observé chez une malade opérée quatre semaines après ses couches, par l'incision vaginale, de plusieurs foyers péri-utérins à streptocoques. Cette malade, douée d'une résistance vitale exceptionnelle, avait une température vespérale de 41° depuis quinze jours, sans localisation streptococcique appréciable. Autour du col, un véritable chémosis de la muqueuse vaginale.

La situation nous semblait désespérée, lorsque, percevant au toucher de petites tumeurs péri-utérines, nous décidâmes de pratiquer sur le champ l'incision de ces foyers. Le col saisi entre les mors des deux pinces à griffes, nous incisons la demi-circonférence postérieure du cul-de-sac vaginal et nous évacuons, en arrière et sur les côtés de l'utérus, plusieurs petits foyers de pus à streptocoques que nous bourrons de gaze antiseptique. L'intervention dura cinq minutes. La malade guérit après avoir présenté durant près de six mois une paralysie des muscles extenseurs des deux jambes assez analogue comme localisation à ce qu'on observe dans la paralysie infantile.

Elle a eu depuis une nouvelle grossesse, qui s'est terminée sans le moindre accident.

Ces observations témoignent que les suppurations péri-utérines, si variables dans leurs localisations et leur modalité, ne sauraient être, comme l'ont soutenu à tort Péan et Segond, justiciables d'un seul et unique traitement opératoire.

L'intervention s'impose ; elle doit être aussi rapide que possible, dans les cas aigus particulièrement ; mais il est inexact que l'hystérectomie vaginale soit la seule méthode rationnelle.

Pourquoi vouloir refuser aux suppurations pelviennes de pouvoir guérir, comme tant d'autres abcès, par la simple incision, suivie de la désinfection et du tamponnement du foyer.

Tout en considérant l'hystérectomie vaginale avec ablation des annexes ou mieux, comme nous l'avons dénommée, la castration totale, comme l'opération la plus souvent indiquée dans les cas de suppuration péri-utérine, nous sommes d'avis que, dans certains cas, bien déterminés et que les cliniciens devront étudier avec soin, il faut lui préférer, dans l'intérêt même des malades et pour réduire au minimum les chances d'insuccès, soit l'extirpation des annexes, suivie ou non suivie de l'extirpation de l'utérus, par la laparotomie, soit l'incision simple des poches.

La question des suppurations péri-utérines nous semble donc aujourd'hui suffisamment élucidée au point de vue des indications opératoires et nous n'avons plus qu'à attendre, pour réduire à néant la mortalité déjà si faible que nous avons aujourd'hui, la découverte de nouveaux sérums chimiotaxiques et antitoxiques, qui nous permettront d'obtenir la guérison des malades épuisées par des accidents septicémiques d'ancienne date et incapables d'une réaction suffisante pour seconder les efforts du chirurgien.

M. Péan demande la parole pour quelques mots de réponse à M. Doyen.

M. **Péan**. — Je suis vraiment surpris des paroles que M. Doyen vient de prononcer au sujet de mes travaux et de ceux de mes élèves. Ne vient-il pas d'affirmer qu'il a fait avant moi l'hystérectomie vaginale ? Ignore-t-il que, en 1883, je présentais à l'Académie de Médecine de Paris un travail sur l'hystérectomie vaginale et que, dans cette monographie, je montrais que cette opération est la meilleure pour l'ablation de toutes les petites tumeurs de l'utérus, qu'elle qu'en soit la nature ? Or, dans ce travail, je faisais particulièrement connaître mon manuel, mon outillage, qui est encore le seul adopté, les avantages que donnent le pincement des vaisseaux et la section de l'utérus au cours de l'opération. J'annonçais que cette section facilite singulièrement l'hystérectomie et je discutais l'opinion de Müller, qui avait proposé d'inciser l'utérus en avant et en arrière tout en donnant la préférence aux incisions latérales. A cette époque, M. Doyen commençait ses études médicales. En 1886, l'Académie de Médecine mettait au concours la question suivante : De l'*hystérectomie vaginale*. Un de mes internes, M. Sécheyron, m'annonça qu'il désirait prendre part à ce concours et me pria de lui communiquer, pour les publier, mes observations d'hystérectomie. Grâce à elles, le

prix lui fut décerné. L'année suivante, M. Sécheyron me demandait à nouveau l'autorisation de publier mes observations d'*hystérectomie vaginale* qu'il avait recueillies dans mon service afin d'en faire le sujet de sa thèse inaugurale. Dans ce travail, appuyé sur ma pratique personnelle, M. Sécheyron s'attachait à prouver que non seulement la section de l'utérus facilite l'ablation totale de cet organe par le vagin, mais encore qu'elle permet, aidée de l'ouverture des culs-de-sac vagino-péritonéaux, de bien explorer les faces interne et externe de l'utérus, les parois de cet organe et d'enlever les tumeurs qui s'y rencontrent. Il montrait que, grâce à l'hystérectomie, il est facile de se rendre compte de l'état du péritoine qui recouvre la matrice et ses annexes, de celui des organes voisins et il ajoutait qu'il ne faut jamais manquer de recourir à ce mode d'exploration avant de songer à faire la castration vaginale totale. Il ajoutait que, pour faciliter ses recherches, j'avais souvent soin de réséquer transversalement le col de l'utérus. En résumé, mes travaux, de même que ceux de M. Sécheyron prouve combien j'ai le souci de ne jamais exciser l'utérus et ses annexes sans bien m'être assuré à l'avance que l'on ne peut enlever seules les tumeurs qu'ils contiennent. Ils démontrent également le parti que l'on peut tirer de la section de l'utérus au cours de l'opération. Il m'est donc impossible de comprendre pourquoi M. Doyen cherche aujourd'hui à faire croire qu'il a appliqué avant moi ma méthode. N'écrivait-il pas dans le journal du Nord-Est, en 1887, qu'il avait fait une hystérectomie vaginale dans un cas de fibrome utérin et qu'il avait réussi parce qu'il avait suivi la méthode de Péan? En 1892, la question du traitement des suppurations pelviennes fut mise à l'ordre du jour du Congrès de Bruxelles. J'eus l'honneur de présider la séance. Segond, nommé rapporteur, fit connaître l'état de la science à ce sujet avec son talent habituel. M. Doyen se contenta d'annoncer qu'il avait un des premiers accepté ma méthode de traitement, la castration utérine. Des raisons de famille m'ayant obligé de quitter le Congrès deux jours après, quelle ne fût pas la surprise de Segond lorsqu'il entendit M. Doyen annoncer qu'il avait appliqué avant moi l'hystérectomie vaginale au traitement des suppurations pelviennes! Quant à moi, ce fut seulement en 1894, lorsque M. Baudron publia son excellente thèse inaugurale, que j'appris sur quoi était basée la revendication de M. Doyen. Celui-ci avait prié Sécheyron d'insérer au bas d'une page quatre lignes dans un travail qu'il avait publié deux ans après celui qui lui avait fait remporter le prix de l'Académie de Médecine. J'écrivis alors à M. Sécheyron,

actuellement professeur agrégé à Toulouse. Il me répondit que M. Doyen avait été son collègue d'internat, qu'il ne lui avait jamais communiqué d'observations et qu'il avait inséré ces quelques lignes sans y attacher d'importance. « Il n'y avait rien là, » ajoutait-il, « de comparable à nos travaux, à nos droits de priorité. » Voilà donc à quoi se réduisent les prétentions de M. Doyen en ce qui concerne sa fameuse découverte.

Après cela, est-il nécessaire de réfuter les autres assertions que M. Doyen vient d'émettre et qu'il vient de publier dans une de ces petites brochures qu'il distribue à profusion aux confrères qui sont peu au courant de ces questions de priorité ? Ne déclare-t-il pas dans cette brochure que lui seul est capable de faire bien et en quelques minutes les hystérectomies vaginales les plus compliquées ? Sur ce point, peu de confrères sont de cet avis. L'un d'eux, avec lequel je viens de m'entretenir, m'affirmait qu'il y a deux ans M. Doyen s'étant rendu à Anvers, avait mis plus de 2 heures pour enlever un fibrome utérin, par la voie vaginale et avait perdu la malade d'hémorrhagie, séance tenante, faute de savoir se servir de mes pinces. D'ailleurs, malgré ses dénégations, je suis assuré que dès l'instant où il est hostile à la ligature, M. Doyen continue et continuera à se servir de ma méthode de pincement des vaisseaux au cours de ses hystérectomies vaginales et abdominales et qu'il en tirera dans l'avenir un meilleur parti.

M. Doyen ayant demandé la parole pour répondre à M. Péan, le président, M. Pozzi, l'invite à bien vouloir rester dans sa réponse sur un terrain purement scientifique.

M. **Doyen.** — M. Péan discute comme toujours la question en général et ne précise rien. C'est justement en lisant ligne par ligne ses volumineux livres de clinique que j'ai constaté que l'insuccès seul de ses premières opérations de laparotomie l'avait amené à adopter la castration utérine. Nous discuterons ailleurs en détail les points qu'il est impossible d'élucider ici.

M. **Paul Segond.** — M. Doyen vient d'outrepasser les limites de la courtoisie scientifique dans une mesure si imprévue que la nécessité s'impose de clore au plus vite le débat, sous peine de donner

à notre discussion les allures d'une querelle. Je ne releverai donc pas ce qu'il y a d'agressif dans son attaque et puisqu'il est capable d'altérer la vérité au point de gratifier mes statistiques d'un nombre « incalculable » de blessures intestinales, son opinion personnelle m'importe peu. Je lui donne un démenti formel et c'est tout. Mais, M. Doyen ne s'est pas contenté de parler, il a écrit et nous avons tous en main la brochure dans laquelle nous sommes conviés à reléguer l'opération de Péan parmi les plus déplorables interventions, pour ne plus nous souvenir que de la méthode de Doyen, la première en date, la seule tutélaire brillante et rapide. Or, messieurs, ceci est plus grave et pourrait influencer ceux qui n'auraient pas en main les vraies pièces de cet extraordinaire procès. Je tiens donc à les prévenir que les arguments forgés par M. Doyen à l'appui de ses revendications sont inspirés par les mêmes sentiments qui le guident lorsqu'il juge ma pratique. En d'autres termes, ils sont inexacts et, qu'on le sache bien, la méthode de Péan si bien définie et jugée tout à l'heure par M. Bouilly n'a rien, absolument rien de commun avec les prescriptions fantaisistes dans lesquelles se complaît M. Doyen quand lui reviennent les idées fixes de priorité.

M. **Hartmann.** — Je tiens à dire que les opérations auxquelles a fait allusion M. Doyen dans sa brochure ne sont nullement des opérations de M. Segond.

La séance est levée à 6 $^{1}/_{2}$ h.



SÉANCE DU MERCREDI 2 SEPTEMBRE 1896

9 HEURES DU MATIN

Présidence de M. le professeur			**CHADWICK.**
»	»	»	**LEOPOLD.**
»	»	»	**PASQUALI.**
»	»	»	**LINDFORS.**

CONTINUATION DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SUPPURATIONS PELVIENNES

M. le professeur **Laroyenne** (de Lyon). — Les collections pelviennes uni- ou bilatérales succèdent aux annexites et aux péritonites pelviennes qui en sont le plus souvent la conséquence. Elles sont fréquemment composées de loges multiples juxtaposées ou incluses les unes dans les autres. Nous ne considérons pas la juxtaposition des poches comme une contre-indication à l'incision vaginale, non plus bien entendu que leur superposition dont nous avons ailleurs exposé le mécanisme. L'ouverture de la poche la plus accessible permet de reconnaître la disposition des parties intéressées et le contenu des différentes cavités. La nature du liquide ne correspond pas d'ailleurs à des symptômes spéciaux. Aussi le contenu purulent, séreux, hématique des collections ne peut souvent être diagnostiqué avant l'incision. Cependant il se rencontre fréquemment, du moins dans une des poches, du pus en quantité variable et la pression détermine alors à ce niveau une douleur plus vive que si le contenu est uniquement séreux ou hématique. A quelques exceptions près le traitement est, suivant nous, toujours le même; il consiste à débrider largement par le cul-de-sac postérieur la collection ou l'induration douloureuse que le toucher fait apprécier.

Souvent il n'existe qu'une salpingite, du volume d'un œuf environ, non adhérente, collection qu'en raison de son petit volume et de sa mobilité l'on n'aurait pas autrefois songé à ouvrir. On doit cependant l'aborder sans crainte d'accident et sans même recourir à la réunion des lèvres de la brèche vaginale à celles de la poche, comme l'ont préconisé Landau et Fritsch dans le but de l'isoler de la grande cavité péritonéale.

S'il s'agit d'une double tumeur juxtaposée, d'origine tubaire, molle ou ligneuse, la première une fois incisée on pénètre dans la seconde

par la première cavité et l'opération ne comporte aucune complication immédiate ou consécutive.

Enfin il est une disposition que j'ai autrefois rappelée et qui peut concilier l'opinion qui attribue la production des collections périmétriques à la salpingite, rarement à l'ovarite, avec celle qui les considère comme des péritonites pelviennes enkystées. En effet l'altération d'une ou des deux trompes détermine par leur présence et la filtration de leur contenu sanieux une péritonite du bassin avec un épanchement dont la nature séreuse ou séro-purulente révèle toujours l'origine séreuse, péritonéale bien différente de celle d'une cavité muqueuse tubaire plus ou moins altérée. Cet épanchement de l'étage inférieur diffère donc de celui qui est situé au-dessus. Ce deruier n'est reconnaissable avec certitude que par l'exploration digitale de l'intérieur de la première cavité combinée avec le palper hypogastrique. C'est aussi cette route frayée à travers la première poche incisée qui sera suivie pour ponctionner et débrider cette collection purulente salpingienne superposée à la première et qui en est la conséquence; un ou deux doigts suffisent quelquefois à pratiquer l'ouverture et la déchirure de la cavité tubaire. Si au milieu de cette poche péritonéale on rencontre des annexes procidentes et d'un décollement facile, on peut les attirer dans le vagin, les sectionner au-dessous d'une pince courbe à demeure qui a saisi le pédicule constitué à l'aide du décollement.

S'agit-t-il d'une hématocèle, c'est-à-dire d'un épanchement produit brusquement après une suppression des règles, s'accompagnant de symptômes de péritonite et d'hémorrhagie interne, et si après avoir temporisé en surveillant la malade, on constate *que l'hémorrhagie interne ne se continue pas*, il est indiqué de débrider le cul-de-sac postérieur, de vider la cavité de ses caillots et quelquefois d'un embryon avec ou sans débris de membranes. Si la trompe est procidente et facilement amenée, on la résèque, sinon on l'abandonne et tout se répare.

La soudaineté d'accidents péritonéaux souvent graves coexistant avec l'apparition d'une collection pelvienne n'est pas cependant un indice certain d'une hématocèle, car une collection séro-purulente subite et abondante succédant à la rupture d'une poche ou à une filtration tubaire détermine les mêmes accidents moins ceux de l'anémie par hémorrhagie interne et ceux-ci ne sont pas toujours évidents, défigurés souvent par ceux de la péritonite subite et relativement étendue. De plus le diagnostic entre l'évacuation d'une trompe puru-

lente dans le péritoine et l'hématocèle — qui bien souvent est aussi une rupture tubaire — n'est pas toujours éclairé par l'examen des antécédents. Car dans les deux cas une salpingite ancienne peut avoir précédé l'apparition des accidents subits. Elle peut en effet être une cause de collection purulente péritonéale et aussi prédisposer à l'hématocèle en déterminant la grossesse ectopique.

Avec un troquart cannelé servant de conducteur à un bistouri ou à un métrotome, le débridement s'opère aisément comme la ponction avec la plus parfaite sécurité, sans l'aide d'aucun autre instrument et sans le secours de la vue — qui n'est le plus souvent qu'un trompe-l'œil — mais simplement à l'aide du palper bimanuel pratiqué en permanence et pendant toute la durée de l'opération.

Si le débridement des collections proéminant en bas et en arrière, procidant en quelque sorte dans la cavité vaginale est aisé et peut se faire avec tout instrument, il n'en est pas de même pour les collections haut-placées. La vessie est dans ces derniers cas d'un voisinage particulièrement dangereux. Etalée au devant de la collection, elle en recouvre la partie en apparence la seule accessible et le cathétérisme dont on s'aidera au besoin apprend qu'elle est même parfois en position anormale et déviée latéralement. C'est alors que notre troquart, grâce à sa courbure d'hystéromètre et aidé de la pression hypogastrique ira facilement ponctionner la collection dans un point d'élection, c'est-à-dire à la partie postéro-inférieure et près de la ligne médiane.

L'utilité de cet instrument est donc incontestable dans les circonstances que je viens de rappeler ; elle l'est aussi pour atteindre aisément des poches également élevées enkystées dans une collection de péritonite circonscrite et qu'il faut d'abord traverser ; de même encore pour les pyo-salpinx de petites dimensions qu'il faut ponctionner avec précision. Je maintiens donc que ce procédé opératoire est le plus innocent et le plus sûr.

L'éponge fine à cheval dans la brèche vaginale prévient toute éventualité d'hémorrhagie et s'il existe deux poches superposées, on fait au besoin précéder son application de celle d'une première éponge dans l'ouverture de la collection la plus élevée. Il est bon que l'éponge soit enveloppée d'une coiffe de gaze iodoformée qui permettra de la retirer entière après quarante-huit heures ou plus tard si la malade est apyrétique.

Dans les collections très vastes il se peut que l'incision vaginale se resserre trop rapidement malgré les mèches de gaze maintenues

dans son ouverture et qui ont succédé à l'éponge. Trois semaines ou un mois après on la dilate ou on l'incise peu profondément car le retrait des parties à ce moment a pu déplacer les uretères et les rapprocher de la ligne médiane.

Ainsi pratiquées, les interventions conservatrices par la voie vaginale ouvrent assez largement tous les foyers et les maintiennent assez longtemps ouverts pour être efficaces. Elles ne font pas courir aux malades les risques d'une laparotomie et ne les expose pas comme une hystérectomie à des blessures de la vessie et des uretères que les plus expérimentés n'ont pas toujours pu éviter.

M. le Prof. **Leopold** (Dresde). — Ich schliesse mich in der Hauptsache den Ausführungen des Herrn Sänger an. Hat man bei genauer Narkosenuntersuchung eine leichtere Erkrankung der ein- oder beiderseitigen Adnexe nachgewiesen und die Entfernung ist angezeigt, so ist die Laparotomie das einfachere Verfahren.

Handelt es sich aber um langbestehende schwere Entzündungen des Uterus und der beiderseitigen Adnexe, so sehe ich in der vaginalen Totalexstirpation das letzte Hülfsmittel zur Heilung der Kranken. Ich habe diese letztere Operation seit 1887 bisher 57 Mal mit 1 Todesfall ausgeführt und zwar nur mit der Ligaturmethode, welche sich dafür auf das Beste bewährt hat.

Zum Schluss schlage ich vor, den allgemeinen nichtssagenden Begriff: Beckeneiterung (suppuration pelvienne) von nun an aufzugeben und in jedem einzelnen Falle auf Grund einer in Narkosenuntersuchung möglichst genau gestellten Diagnose die Krankheit zu benennen je nach den erkrankten Organen.

M. le Prof. **H. Duret** (Lille). — I. Les discussions devant les Sociétés savantes, devant la Société de chirurgie en particulier, les travaux et les rapports des Congrès de Bruxelles et de Bordeaux, ont établi d'une manière suffisante, la place importante de l'*hystérectomie vaginale par morcellement*, dans la cure des ovaro-salpingites et des suppurations pelviennes. Aux yeux de tous les chirurgiens, les services rendus par l'opération de Péan-Segond sont indiscutables. Les interventions conservatrices et la laparotomie ont leurs indications spéciales et peuvent être utilisées dans de nombreuses circonstances: mais, bien

souvent, l'hystérectomie est la *méthode de choix*, et, entre les mains de chirurgiens de presque tous les pays, la pratique de cette nouvelle opération s'est généralisée avec une grande rapidité.

Nous n'essayerons pas, soit par des considérations cliniques, soit par des statistiques, d'en montrer les avantages ; le moindre danger, les succès plus constants, la guérison radicale, seraient pour la plupart, les résultats les plus positifs [1].

Nous n'envisagerons qu'un point spécial soumis aux études du Congrès : l'hystérectomie vaginale par morcellement *dans les cas compliqués*.

Dès les premières communications de Péan à l'Académie de Médecine, et de Segond à la Société de Chirurgie, il parut évident à beaucoup, que la nouvelle méthode aurait son utilité toute spéciale, dans les circonstances difficiles où la laparotomie reste *impuissante* ou trop *dangereuse*. Bouilly est d'avis que l'hystérectomie sera indiquée dans les suppurations fistuleuses, les suppurations diffuses à cavités multiples, ou dans les lésions inflammatoires étendues et anciennes, où les adhérences sont trop fortes pour qu'on puisse aborder les annexes altérées par la voie abdominale, sans danger de déchirure intestinale. Richelot professe une opinion à peu près semblable. Seul Segond, l'apôtre de la méthode la préfère dans tous les cas, compliqués ou non. Déjà, cependant, il semble que, dans l'opinion de tous, les *cas compliqués* forment une catégorie spéciale, nécessitant un genre d'intervention autre que la laparotomie.

Nous voyons, une seconde fois, réapparaître la question des *cas compliqués*, dans une communication de Segond au Congrès de chirurgie de Lyon (1894) : mais il y est fait allusion sous un autre titre ; il les appelle les *cas graves*, exceptionnellement *graves ;* il les place dans un rang spécial, afin de ne pas assombrir inéquitablement une statistique d'ailleurs remarquable par ses nombreux succès. Il faut rendre justice à Segond : il révèle tous les cas, heureux ou malheureux.

II. Depuis, dans leurs opérations d'hystérectomie, tous les chirurgiens se sont assez souvent trouvés en présence de ces cas compliqués et des difficultés opératoires qu'ils suscitent.

Dans un grand Congrès, comme celui de Genève, il nous a paru

[1] Nous pourrions ainsi que beaucoup apporter une statistique assez favorable. — Sur 75 cas d'hystérectomies pour suppurations, nous comptons 6 insuccès — et ces résultats défavorables appartiennent tous aux cas compliqués que nous étudions dans ce travail.

utile d'aborder de front ce qui constitue encore aujourd'hui, le *point noir* de la question des suppurations pelviennes. Que faut-il entendre par cette expression : *Cas compliqués ?* Dans quelles conditions surviennent-ils ? Comment les diagnostiquer avant l'intervention ? Quelles difficultés occasionnent-ils au point de vue opératoire ? Quels sont les moyens à employer afin de rendre moins sombre cette partie du tableau statistique de l'hystérectomie ?

Disons d'abord que les deux expressions *: cas compliqués* et *cas graves* ne sont pas tout à fait synonymes. — Dans la période aiguë du début, les lésions pelviennes d'origine génitale peuvent être graves, soit par leur étendue, leur diffusion à la cavité péritonéale, soit par la virulence de l'infection. Nous laisserons de côté cette catégorie de faits où l'action chirurgicale est toujours très difficile, et trop souvent impuissante.

La plupart des *cas compliqués* au point de vue de l'intervention opératoire, seul côté par lequel nous nous proposons de les envisager, appartiennent à des lésions anciennes, ou tout au moins ayant eu le temps de subir une évolution intense. Telles sont : les annexites et suppurations pelviennes compliquées de fistules viscérales ou pariétales, les suppurations à foyers multiples, les cellulites pelviennes, les inflammations formant aux côtés de l'utérus des *magmas* ou *gangues* très étendues, très résistantes, englobant les organes voisins (utérus, épiploon, anses intestinales, etc.), les annexites avec pelvi-péritonite accusée, et enfin les salpingo-ovarites avec tumeurs telles que : fibromes utérins, kystes ovariens, hématocèles, cancers, etc.

Et, dans cet ensemble pathologique nous limiterons les considérations que nous désirons présenter aux cas compliqués de suppurations diffuses, ou d'adhérences étendues et anciennes. *Ils nous semblent avoir une pathogénie spéciale,* et à peu près identique dans les deux cas, sur laquelle peut-être l'attention des opérateurs n'a pas été appelée suffisamment.

Les lésions fistuleuses elles-mêmes n'empruntent pas seulement leur caractère de gravité particulière à la communication avec un viscère creux (vessie, rectum, etc.), et à la pénétration des produits d'excrétion dans une cavité artificielle : mais l'irritation constante de cette cavité engendre, d'abord au voisinage, des poussées inflammatoires, des adhérences scléreuses, qui progressivement s'étendent au loin, qui les rendent semblables au groupe pathologique que nous allons étudier en détail et ajoutent considérablement aux difficultés

opératoires. Nous signalerons, en particulier, les salpingites *compliquées d'appendicite,* dont nous rapporterons plus loin deux observations intéressantes.

Les salpingo-ovarites compliquées de pelvi-péritonite rentrent également dans les cas avec indurations et adhérences étendues : mais il y a des particularités que nous signalerons.

Enfin, les inflammations annexielles compliquées de fibromes et de tumeurs utérines, de kystes, etc., rendent aussi l'intervention plus laborieuse ; le choix de la voie opératoire varie selon le volume et le siège de la néoplasie. Nous n'insisterons pas sur les règles, auxquelles l'action chirurgicale doit obéir ; elles sont connues et diffèrent de l'objet de cette communication.

III. Nous restons donc en présence des deux types pathologiques que nous nous sommes proposés d'étudier spécialement : les suppurations diffuses et les ovaro-salpingites compliquées d'adhérences étendues.

Et, d'abord les suppurations diffuses, multiples. — Quelle est leur origine, leur pathogénie ? Quelles difficultés spéciales présentent-elles à l'opérateur ?

Il n'est pas rare, dans les opérations d'hystérectomie vaginale pour annexites suppurées de rencontrer, au cours de l'intervention, des loges purulentes multiples. Tantôt des flots de pus liquide, s'écoulent, à peine a-t-on ouvert le cul-de-sac postérieur; parfois, c'est en avant, ou sur les côtés; et cependant, le morcellement de l'utérus n'est pas achevé. Quand celui-ci sera terminé, on pourra encore enlever les trompes gorgées de pus, et non ouvertes. Tantôt, c'est après l'ablation des oviductes, qu'on trouvera autour d'elles, et, souvent loin au-dessus d'elles, des cavités purulentes, on en découvre même entre les anses intestinales, sous l'épiploon.

Dans plusieurs cas très graves nous avons vu couler de la cavité péritonéale des flots de liquide purulent, chez une de nos malades, au moment où le morcellement utérin venait d'être achevé, il s'écoula plus d'un litre de pus : celui-ci remplissait la cavité péritonéale; les anses baignaient librement, sans adhérences, dans le liquide pathologique. Cependant, les phénomènes généraux étaient ceux de la pyohémie lente, sans réaction fébrile marquée; l'affection primitive (avortement à 3 mois), datait seulement de quatre à cinq semaines.

D'où vient ce pus, que, dans certains cas, on voit sourdre de tous côtés? Son siège primitif est-il dans les trompes, le péritoine

ou le tissu cellulaire? Les sources de la suppuration sont fréquemment multiples.

Les trompes des deux côtés contiennent du pus; mais, il y a aussi des foyers en dehors d'elles; car, au moment de l'extirpation, on les trouve *closes*. La cavité péritonéale peut aussi en contenir, qu'il y ait été versé par la rupture récente de la trompe distendue, ou qu'elle en ait secrété pour son propre compte. Il s'en forme également entre les anses intestinales accolées par des adhérences, sous l'épiploon, enfin entre les fausses membranes de la pelvi-péritonite concomitante. Mais, il est certainement des cas où le pus a une autre origine; il est le résultat d'une cellulite pelvienne, d'une inflammation suppurative sous séreuse, occupant la base ou la partie moyenne des ligaments larges.

Entraînés trop exclusivement peut-être dans la voie opératoire, par les progrès et souvent les succès de l'hystérectomie vaginale, les chirurgiens ont vu surtout des *annexites* simples ou compliquées dans les cas qu'ils opéraient.

La fréquence considérable des salpingo-ovarites a fait un peu oublier l'existence réelle et non rare des cellulites. A ce dernier point de vue, on en est resté trop exclusivement à l'ancien phlegmon du ligament large : quelques-uns, même, en ont contesté l'existence. Seuls, les insuccès ou les difficultés, pendant l'opération, la multiplicité des loges purulentes ouvertes, chemin faisant, ont pu éveiller l'attention.

D'autre part, les pathologistes qui ont écrit sur les suppurations pelviennes ont fait deux chapitres à part et trop distincts des inflammations du tissu cellulaire et des salpingites. Or, les deux ordres de lésions pathologiques sont fréquemment associées dans les *cas compliqués,* que nous étudions. Il y a, à la fois, suppuration des trompes, du tissu cellulaire, et même des espaces inter-péritonéaux.

IV. Rappelons sommairement la pathogénie et le siège des inflammations du tissu cellulaire. Ils sont bien présentés dans la monographie de Delbet sur les suppurations pelviennes, quoique, pour les besoins de la nosographie, il n'ait décrit que les formes non compliquées.

Au point de vue de la pathogénie, les salpingites et les suppurations cellulaires ont des origines souvent assez semblables. La blennorrhagie, les avortements, les déchirures du col utérin, les applications de forceps et les accouchements compliqués, les opéra-

tions intra-utérines (telles que l'ablation de polypes, curettages, etc.), peuvent engendrer, soit des métro-salpingites, soit des lymphangites, etc., par conséquent, des cellulites pelviennes. Les agents microbiens semblent être les mêmes dans les deux cas ; cependant, d'après le professeur Cornil, les streptocoques possèdent seuls la propriété de traverser les tissus et de pénétrer l'appareil vasculaire. Les infections à streptocoques seraient donc les plus dangereuses, les plus diffuses, et seraient aptes à agir, à la fois, par la voie muqueuse et par la voie lymphatique.

Lucas-Championnière, Siredey, R. Guérin, Fioupe ont montré depuis longtemps le rôle important de l'appareil lymphatique dans les infections puerpérales; il en est de même dans toutes les autres infections. L'abondance exceptionnelle du réseau lymphatique utérin, le volume des troncs collecteurs (Poirier), expliquent la fréquence et la rapidité des diffusions infectieuses par cette voie. D'autre part, dans toutes les régions de l'économie, les suppurations du tissu cellulaire ont le plus souvent une origine lymphatique. En ce qui concerne l'appareil génital, outre qu'on trouve fréquemment du pus dans les gros troncs lymphatiques, le siège des collections suppurées est tout à fait en rapport avec la topographie du système à vaisseaux blancs.

Il y a lieu de distinguer dans les suppurations pelviennes d'origine cellulaire, quatre ou cinq sièges topographiques différents :

1° Les abcès *pelviens inférieurs,* qui se développent à la base du ligament large, autour de l'artère utérine et des vaisseaux hypogastriques. On les dit encore phlegmons ou abcès de la gaine vasculaire (Delbet). Leur cavité est limitée en bas par le plancher pelvien ; en dehors, ils s'étendent jusqu'aux parois osseuses du bassin ; en haut, ils ne s'élèvent guère au-dessus de la partie moyenne des ligaments larges ; en dedans, ils confinent au col de l'utérus et à la paroi vaginale, qu'ils soulèvent de manière à faire une saillie immédiatement appréciable au doigt. Généralement, la paroi vaginale est infiltrée, épaissie, et donne la sensation connue sous le nom de « Vagin de carton ; » plus tard, la fluctuation y devient nettement appréciable. Au contraire, par le palper abdominal, même en produisant une dépression assez profonde, ils ne sont pas accessibles. Fréquemment, ils ont des prolongements péri-rectaux derrière le cul-de-sac de Douglas vers lequel ils bombent latéralement. En avant, ils peuvent peser vers le trou obturateur et apparaître à la racine de la cuisse, ou gagner la cavité de Retzius et

devenir prévésicaux. Enfin, en bas et en arrière, ils suivent les vaisseaux fessiers et ischiatiques, traversent les échancrures sciatiques, et finissent par se faire jour à la fesse, ou descendent dans le creux ischio-rectal. Leur cavité a été disséquée par Delbet, elle est tomenteuse, irrégulière, traversée en tous sens par des cordons, des brides assoudées, qui ne sont autres, ainsi que la dissection l'établit, que des vaisseaux hypogastriques et utérins isolés par le phlegmon et la suppuration. Il arrive fréquemment d'ailleurs dès le début du phlegmon, qui donne naissance à ces abcès, qu'on observe des phlébites, des tromboses, de la phlegmasia alba dolens, suivis d'œdème blanc de la cuisse et de la paroi abdominale. Les douleurs du début affectent le caractère névralgique, et s'irradient selon les nerfs obturateur, crural, fémoro-cutané ou sciatique, dont les origines traversent le foyer pathologique.

2° *Les abcès du ligament large proprement dits,* situés entre le feuillet antérieur ou postérieur des ligaments larges, occupent un siège plus élevé et sont facilement accessibles par le palper abdominal. Au contraire, le toucher vaginal montre que les culs-de-sac sont libres totalement, que le *vagin est souple,* et que le col de l'utérus peut être contourné avec le doigt.

Tantôt ils pèsent en avant, suivant le ligament rond, et donnent lieu à une saillie fluctuante près de l'orifice externe du canal inguinal, d'où ils peuvent descendre dans la grande lèvre. En haut, décollant le péritoine, ils donnent lieu à une variété de plastron abdominal. Terrillon, selon nous, a été trop exclusif en n'admettant qu'une seule explication à cet épisode pathologique des suppurations pelviennes ; il en attribue la formation à la trompe suppurée, accolée à la paroi abdominale, formant moignon avec les anses intestinales et l'épiploon.

3° Enfin, deux autres sièges pourraient être occupés par les collections purulentes d'origine pelvienne : A. la *fosse iliaque ;* que le pus vienne d'un phlegmon du ligament large qui s'est propagé de ce côté, ou dérive d'un phlegmon de la gaîne vasculaire. Ces collections amènent la flexion de la cuisse en avant, par retraction du psoas, atteint quelquefois d'un véritable psoitis ; et tendent, en définitive, à s'ouvrir à la paroi près de l'épine iliaque antérieure et supérieure. — B. La *fosse lombaire.* La suppuration de cette région éloignée est le résultat soit d'une inflammation du ligament large, propagée en suivant les lymphatiques utéro-ovariens, sous le tissu cellulaire du ligament infundibulo-pelvien, soit d'un adéno-phlegmon

développé *in situ,* mais qui a son origine dans l'appareil génital puisque ses vaisseaux lymphatiques aboutissent aux ganglions lombaires. Ces collections contournent le rein, et arrivent au contact du diaphragme et de la plèvre. Nous en avons observé plusieurs cas, entr'autres un très démonstratif, que nous citerons plus loin.

Pour résumer ce qui concerne les suppurations cellulaires d'origine pelvienne ou génitale, nous dirons : un chirurgien qui sera amené pour diverses raisons, à intervenir par l'hystérectomie vaginale, pourra tantôt rencontrer du pus très près de lui, en incisant les culs-de-sac, s'il s'agit des abcès pelviens inférieurs, ou, au contraire, il sera exposé à laisser en dehors de son action des collections occupant le ligament large, les fosses iliaques ou lombaires. Peut-être pensera-t-on qu'il eût été plus judicieux d'agir sur ces collections par l'ouverture directe, et le drainage vaginal ou abdomino-vaginal. Sans doute, il sera mieux, quand la chose est possible, c'est-à-dire, quand les suppurations cellulaires sont isolées, mais, il arrive souvent qu'elles ne sont qu'un épisode, une complication d'un *pyosalpinx* justement diagnostiqué. Les observations d'hystérectomie vaginale pour suppurations pelviennes démontrent en effet, que dans les *cas compliqués,* on trouve des collections multiples, les unes dans la trompe distendue, les autres dans le cul-de-sac postérieur ; d'autres, sur les côtés, dans le tissu cellulaire des ligaments larges ; il en est qui ont un siège plus lointain, plus élevé. Ce serait d'ailleurs une erreur de croire qu'elles sont toujours sous-séreuses ; parfois leur cavité est intra-péritonéale, comprises entre les anses intestinales, l'épiploon, la face postérieure des ligaments larges. Delbet, lorsqu'il dit que le péritoine des ligaments larges est ordinairement intact ou à peine vascularisé dans les phlegmons ou abcès des ligaments larges, n'a en vüe que les cas simples. Mais, dans les *cas compliqués,* avec des trompes gorgées de pus, souvent des deux côtés, on trouve le péritoine tapissé de fausses membranes, agglutinant les organes et limitant des cavités purulentes. Il y a donc, *dans ces cas,* pyo-salpinx, abcès sous-séreux et collections intrapéritonéales. On peut rencontrer du pus dans les trompes, les ovaires, le péritoine, le tissu cellulaire, et des sièges variés, autour de l'utérus, sur les côtés ou à distance. L'infection s'est répandue par toutes les voies à la fois : voie *muqueuse,* voie *lymphatique* et voie *séreuse.* Il arrive parfois, qu'au milieu de toutes les suppurations, on trouve la trompe turgide, enflammée, épaissie, *mais vide;* elle a évacué son contenu à côté ; il est dans une cavité péritonéale enkystée

par les neo-membranes; elle a inondé ou infecté la séreuse voisine.

V. A côté des suppurations pelviennes à larges foyers purulents multiples, il faut faire une place un peu distincte, aux inflammations chroniques, étendues, qui *se manifestent surtout par un processus d'induration, de sclérose.*

Il s'agit, dans les deux cas, d'affections étendues, diffuses, souvent bilatérales, qui envahissent et pénètrent tous les organes pelviens : utérus, trompes, ovaires, tissu cellulaire, péritoine. La meilleure comparaison qu'on puisse choisir pour signaler l'analogie de ces deux groupes d'affections est leur ressemblance avec les deux formes principales *des phlegmons diffus :* la première est caractérisée par la multiplicité des foyers purulents, la seconde par un processus d'induration, terminaison de certains phlegmons. Comme leur marche envahissante et extensive, leur étiologie offre des analogies; la cause commune est l'infection, une infection diffuse, ordinairement d'origine utérine. Souvent les deux formes pathologiques s'associent et se combinent; car il n'est pas rare de voir les foyers purulents, s'accompagner d'induration très prononcée; d'autres fois, ils se succèdent; après la phase d'infiltration purulente diffuse et multiple, survient la phase de sclérose.

Mais, donnons d'abord une idée des *formes pathologiques des processus scléreux;* nous essayerons, ensuite, d'interpréter leur pathogénie. C'est avec les faits que nous avons vus, ou qui ont été relatés, dans les diverses hystérectomies, que nous allons esquisser ce tableau.

Dans certains cas, le processus scléreux se borne à durcir, à *encapsuler* une collection purulente unilatérale, à la souder aux organes pelviens et aux parois du bassin : après le morcellement utérin, l'extraction des annexes en sera rendue très laborieuse. Quelquefois les couches du néo-tissu fibreux sont si denses, si épaisses, si étendues, qu'on trouve accolée à un des flancs de l'utérus, une tumeur du volume d'une orange, du poing et même d'une tête d'enfant. Nombre d'opérateurs, avant l'intervention, ont cru à l'existence d'un fibrome utérin venant compliquer une suppuration des annexes. Telle est, par exemple, l'observation 189 de Richelot (Hystérectomie vaginale, p. 422). Le Dr Ledru *crut* longtemps à une tumeur, contre laquelle on employa les courants électriques. Nous avons nous-même observé plusieurs cas de ce genre.

Les processus scléreux semblent atteindre leur maximum d'intensité, lorsqu'ils sont bilatéraux. Alors, par le toucher vaginal, on trouve l'utérus hypertrophié, au col élargi et déformé, complètement immobilisé au sein d'une *gangue* inflammatoire, qui durcit le vagin et les culs-de-sac sur une grande hauteur, qui se prolonge sur les côtés de l'utérus jusqu'aux parois pelviennes, qui, en arrière, enserre le rectum, qui, enfin, peut remplir tout le bassin, et le déborder par en haut. — Il est même des cas, où ces lésions fibreuses envahissent les fosses iliaques, remontent dans les fosses lombaires et atteignent le rein ou le foie. (Voy. observ. Soc. anat. clinique, p. 250. — 1892.)

Dans les nécropsies, le tissu fibreux est très dur, résistant, crie sous le scalpel comme le tissu du squirrhe : il confond et soude utérus, annexes et organes voisins. Il est impossible de les séparer par la dissection : leur ablation par l'une ou l'autre voie est impraticable.

Parfois, au sein de ces tissus fibreux, on trouve de petits foyers purulents, contenant un pus fétide, et qui, souvent, n'a rien perdu de sa virulence. La trompe est vide, rétractée, à parois épaissies et scléreuses, se confondant au dehors avec la gangue et à surface muqueuse tomenteuse ou atrophiée; l'ovaire est petit, dur, formant un noyau sclérosé, ou scléro-kystique.

Dans un cas très remarquable, que nous relaterons plus loin en détail, le processus scléreux était si dense, si étendu, qu'après un pénible morcellement de l'utérus, nous ne pûmes ni reconnaître distinctement les annexes, ni les extirper et la cavité pelvienne nous paraissait remplie complètement de tissus sclérosés. La malade succomba au choc et à la septicémie : nous avions ouvert quelques petites cavités du volume d'une noix, contenant un pus très fétide et très infectant. A l'autopsie, on dut avec un couteau à lame épaisse, tailler profondément et avec force la gangue sclérosée, en raclant les parois osseuses du bassin et amener d'un bloc tout ce qu'il contenait. On ne distinguait ni trompe, ni ovaires : *tout était magma fibreux*. C'est avec peine, en faisant des sections d'ensemble, qu'on rencontra, sur quelques coupes, un orifice du volume d'une plume de corbeau, sans paroi propre, qu'on crut être la trompe. On ne trouva pas trace des ovaires. L'aspect général était uniformément scléreux, comme squirrheux : la densité était ligneuse. Le rectum, pris dans la gangue, n'avait plus de paroi propre et avait son calibre réduit au volume du petit doigt dans ses deux tiers inférieurs. La

patiente avait d'ailleurs présenté des symptômes accusés de rétrécissement rectal.

La tumeur formée par les processus scléreux a été, dans quelques cas observés par nous, *anti-utérine;* une masse dure, simulant un fibrome était placée entre la vessie et l'utérus. les troubles urinaires douloureux étaient des plus accusés. Ce siège de la néoplasie fibreuse est le résultat d'une inflammation ayant exercé ses effets, sur des annexes antérieurement prolabés dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Nous avons maintenant à nous demander quelle est la cause, la pathogénie de ces processus scléreux si accusés ? Une première remarque est à faire : ils ne s'observent avec une certaine intensité que chez les femmes qui souffrent depuis longtemps. Le processus pour évoluer a mis des mois et le plus souvent des années : on n'a eu recours à l'action chirurgicale qu'après de longues hésitations.

D'autre part, la gangue fibreuse contient, disséminées, de *petites géodes purulentes,* anfractueuses, renfermant un pus fétide, qui, dans quelques cas, est simplement infiltré dans les mailles fibreuses ; il apparaît, dans les hystérectomies, sous forme d'un liquide sanieux, grisâtre, qui s'écoule des diverses sections.

Il semble donc, que le processus scléreux peri-utérin et péri-annexiel soit, dans nombre de cas, le résultat de la progression et de la transformation fibreuse de lésions suppurées et infectantes. On trouve en effet, dans son épaisseur des vestiges de cavités purulentes rétractées. Enfin, les lésions scléreuses n'occupent pas seulement les parois de la trompe, l'ovaire : mais, elles pénètrent aussi les espaces celluleux de la base des ligaments larges, de leur partie moyenne, toute l'atmosphère circum-utérine, circum-rectale, et souvent celle des parois pelviennes ; elles s'accompagnent également d'épaississement péritonéal, de pachypéritonite et de soudure des anses intestinales et de l'épiploon. Il s'agit de lésions *diffuses, progressives.*

Bref, il nous semble que les deux formes d'annexites que nous étudions *ont la même origine,* qu'il s'agisse de cavités purulentes multiples ou de processus scléreux : dans les deux cas, il y a *infection diffuse* à *caractère intensif.* La cause première en est généralement, comme nous l'avons constaté dans nombre de cas des *streptocoques très virulents.* Ceux-ci ont diffusé par la voie muqueuse, par la voie lymphatique et pénètre directement dans les tissus interstitiels.

Les femmes atteintes de ces processus scléreux intensifs souffrent horriblement, car les troncs nerveux qui traversent le bassin, sont enserrés dans la gangue fibreuse, envahis eux-mêmes par la sclérose,

parfois les uretères sont déviés, rétrécis et oblitérés ; le rectum est le siège d'un rétrécissement qui détermine des accidents de coprostase et d'obstruction. L'induration, quelquefois, procède par poussées successives, séparées par des périodes d'accalmie relative, et dont la durée est dans certains cas, de plusieurs années.

Les malades pâles, anémiées, infectées progressivement, finissent par être d'une faiblesse extrême, et, bien que très épuisées, demandent constamment la délivrance, fut-ce au prix d'une opération grave.

V. Il n'est pas inutile, maintenant, de faire suivre cette étude générale de ces cas compliqués, de quelques considérations thérapeutiques et opératoires.

Il importe d'abord de signaler la *gravité* et les *difficultés de l'intervention* dans ces circonstances. Segond, dans sa statistique, qualifie avec raison, ces cas, de *très graves, exceptionnellement graves ;* et, il en rencontre 37 sur 200 opérations; sur ces 37, il perd 10 malades.

Les principales difficultés opératoires sont les suivantes : l'utérus est *haut situé, immobilisé,* le *vagin rétréci,* la *vulve étroite.* Le *morcellement lui-même sera laborieux.*

Lorsqu'il s'agit de suppurations multiples, il faut prendre garde après avoir évacué une ou plusieurs collections, d'en négliger d'autres : car la fièvre et l'intoxication continueraient. Chez une de ses premières opérées, qui avait depuis quatre ans des douleurs d'origine puerpérale, Richelot reconnut une poche de dimensions insolites, occupant le cul-de-sac postérieur et remontant à l'ombilic. Il pratiqua le morcellement utérin : mais ne trouva rien par cette voie. Il ouvrit alors l'abdomen et extirpa la poche par en haut. La malade épuisée par cette double intervention succomba. Dans un autre cas, l'hystérectomie vaginale lui permit d'ouvrir une vaste collection salpingienne : mais, la mort étant survenue, au-dessus et en arrière de l'utérus, il trouva, à l'autopsie, une large collection purulente, en plein péritoine, limitée par des anses intestinales, formant plastron et un dôme d'adhérences : il n'avait pu enlever le fond de la matrice, qui fermait comme un bouchon, le foyer péritonéal ; s'il avait complété son extirpation, la malade, sans doute, aurait pu guérir. Ces insuccès survenaient dans les premières opérations d'hystérectomie ; aujourd'hui, les chirurgiens, plus familiarisés avec ces multiples suppurations, savent les rechercher et les ouvrir successivement. Nous avons d'ailleurs, dans les considérations précédentes, indiqué leurs sièges les plus ordinaires, d'abord les trompes souvent en ectopie à droite

ou à gauche ; ou en arrière, l'une au-dessus de l'autre ; ou l'une en avant, l'autre en arrière de l'utérus ; puis la base ou la partie moyenne des ligaments larges, ou plus loin encore, les fosses iliaques ou lombaires ; enfin, fréquemment, des espaces artificiels dans la cavité péritonéale, entre les anses intestinales agglomérées ou sous l'épiploon, et parfois, au-dessus du fond de l'utérus.

En ouvrant les poches multiples, il importe avant tout, *d'éviter la souillure de la séreuse,* car *la septicémie péritonéale* peut en être la conséquence, Richelot insiste avec raison sur les moyens à employer pour éviter cette infection. Il faut ouvrir les poches successivement, les plus déclives, les premières. Parfois, le pus s'échappe dès qu'on a ouvert le cul-de-sac vaginal : laisser patiemment l'écoulement s'épuiser, puis faire un lavage à l'eau bouillie et un nettoyage de cette première cavité, après en avoir agrandi l'ouverture. Puis, continuer le morcellement. Si le dôme d'adhérences n'est pas complet, s'il existe une ouverture au péritoine, si petite soit-elle, l'obturer aussitôt avec une éponge aseptique. Rechercher ensuite, à droite et à gauche, les trompes qui bombent, les ouvrir successivement, et, quand le pus s'est écoulé, procéder à un nouveau lavage. Chaque fois, il convient de renouveler les éponges protectrices. Enfin, avant de terminer, à l'aide des larges écarteurs de Segond, bien exposer au regard toute la cavité pathologique, qui a succédé au morcellement et à l'ouverture des poches qui se sont rétractées ; l'explorer attentivement, à l'œil, au toucher digital, au palper bi-manuel, pour rechercher, si on ne rencontre pas, quelque part, une quatrième ou une cinquième collection. Après s'être assuré de la nature et des rapports de celle-ci, l'ouvrir avec prudence par une ponction au bistouri, qu'on élargira avec le doigt, pour faire le nettoyage. Dans le procédé des évacuations successives, on se préoccupe peu d'enlever complètement les annexes et d'extirper les poches purulentes ; il suffit de les ouvrir et de bien les évacuer ; la guérison se fera. C'est, du moins, l'opinion d'un certain nombre d'opérateurs. Richelot s'exprime ainsi : « Mes observations démontrent, qu'après l'hystérectomie, l'ablation totale des annexes n'est pas nécessaire pour avoir une parfaite guérison. J'ai fait cette ablation 27 fois ; 22 fois l'extirpation de l'utérus a été suivie d'une castration unilatérale ; 27 fois, j'ai laissé tout en place. »

Nous ne saurions partager entièrement cette opinion : nous verrons plus loin, qu'après les extirpations incomplètes, souvent l'infection continue.

Terminons par quelques considérations opératoires sur les lésions à *processus fibreux*, sur ce qu'on a dénommé les *pachy-périmétro-salpingites*, voulant exprimer ainsi l'épaisseur et la résistance des tissus inflammatoires. Dans ces cas, les difficultés opératoires sont considérables, parfois insurmontables, — à peine a-t-on incisé la muqueuse vaginale, au niveau des culs-de-sac, qu'elles commencent. L'utérus est absolument fixe, immobile ; les tissus qui sont en avant du col, entre la vessie, forment une gangue infiltrée, très résistante ; on piétine sur place pour décoller la vessie ; et c'est, par petits coups, qu'on y arrive peu à peu. L'aide qui manœuvre l'écarteur a peine à éloigner le réservoir urinaire, à chaque coup de bistouri. Le doigt est insuffisant ; il faut sculpter le col en avant et en arrière. Pour le corps utérin, on procède selon la méthode de l'évidement conoïde central avec le bistouri recourbé sur le plat, et on parvient à l'avoir par morceaux. Souvent les annexes dures, soudées aux parois pelviennes ne peuvent s'extirper, ou, perdues dans la gangue fibreuse, ne sont pas reconnaissables. Tout est laborieux ; mais on agit comme on peut et avec grande prudence : car il faut éviter de déchirer les anses intestinales adhérentes, ou de blesser l'uretère. Ce sont là des opérations toujours graves et exceptionnellement difficiles. Si on le peut, on extirpe partie de la gangue avec le bistouri courbe ; on ouvre les petites cavités infectieuses qu'elle peut contenir. Dans d'autres cas, où les lésions ont un caractère fongeux, on procède à un curage soigneux. En un mot, on diminue les causes d'infection le plus possible.

Dans les circonstances très difficiles, il arrive bien souvent aux opérateurs les plus habiles, de faire une *extirpation incomplète*. On s'est borné, dans certains cas, à une *castration utérine pure*, abandonnant les annexes soudées dans une situation anormale. Dans d'autres on a laissé le fonds de l'utérus, soit, parceque le tissu était friable, soit, parcequ'il était trop adhérent. Malgré ces interventions incomplètes, nombre de malades ont guéri ; la matrice enlevée, les tissus se sont desséchés peu à peu et rétractés. « La suppression de l'utérus, de ses poussées congestives, de ses reflexes, amène l'atrophie des organes qui restent et suffit à la guérison. »

Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, comme le prouvent les dix ou douze cas mortels relatés par Segond. L'*hystérectomie vaginale par morcellement, pour suppurations pelviennes a ses insuccès*, comme toutes les opérations. D'abord, les interventions sont longues et laborieuses, le choc opératoire est intense dans les cas que nous considérons, et, la mort peut en être la conséquence.

D'autre part, on est plus exposé de blesser les organes voisins : anses intestinales adhérentes, uretère, vessie, rectum. Enfin, les parties d'utérus ou d'annexes délaissées, peuvent contenir des germes d'infection, qui rarement, il est vrai, suffisent à causer une mort immédiate, mais qui peuvent occasionner des suppurations secondaires, des fistules et la persistance des douleurs. Dans plusieurs cas les souffrances étaient intolérables, on a dû intervenir une seconde fois *par l'abdomen,* pour tenter l'extirpation des annexes abandonnées, lors d'une hystérectomie incomplète. Nous avons trouvé chez une femme opérée par un de nos plus habiles collègues de Paris, au sein d'une gangue fibreuse, un ovaire du volume du poing, scléreux et creusé d'une multitude de kystes, les uns séreux, les autres purulents, qui étaient l'origine des douleurs, des crises nerveuses, et de l'anémie profonde où était réduite la malade.

Conclusions. — La synthèse des considérations que nous venons d'exposer peut s'établir ainsi :

1° Parmi les suppurations pelviennes d'origine annexielle, il existe des *cas compliqués et graves* de diverse nature, parmi lesquels deux affections d'un *caractère particulier :* LES SUPPURATIONS MULTIPLES, ET LES PROCESSUS FIBREUX.

2° Elles ont pour origine commune des *infections intenses,* causées ordinairement par les streptocoques, qui se diffusent à la fois, par les voies muqueuse, lymphatique, séreuse et interstitielle; elles envahissent souvent d'emblée tout l'appareil génital.

3° Les deux formes pathologiques qu'elles affectent ressemblent à celles des *phlegmons diffus,* qui tantôt évoluent vers des *suppurations multiples,* tantôt vers l'*induration* et *la sclérose.*

4° Dans les cas de *suppurations multiples,* le pus tantôt distend les trompes et forme des tumeurs parfois considérables, très adhérentes; tantôt il se collecte en des cavités péritonéales, comprises entre les anses intestinales, au-dessus de l'utérus; tantôt, enfin, il forme des foyers diffus ou collectés dans le tissu cellulaire du plancher pelvien, ou dans la partie moyenne des ligaments larges, sur le trajet des vaisseaux sanguins et lymphatiques utéro-ovariens. Il existe encore des collections plus lointaines : lombaires, périrectales ou iliaques, sciatiques ou fessières.

5° Les *processus scléreux,* tantôt se limitent à un côté de l'appareil génital, tantôt gagnent les deux côtés, et englobent les organes génitaux dans une gangue qui acquiert bientôt une grande dureté,

ils se propagent au parenchyme des organes eux-mêmes, et les soudent fortement ensemble et aux parois pelviennes.

6° Les deux complexus pathologiques que nous signalons, offrent une gravité particulière, et créent des difficultés opératoires diverses, sur lesquelles nous avons insisté, en détail, dans le cours de ce mémoire.

Observation I. — *Péri-métro-salpingite très ancienne. Utérus immobile et fixé très haut. Hystérectomie vaginale par morcellement et évidement conoïde central. Poches purulentes. Guérison.*

Georgina F..., âgée de 35 ans, a été réglée à 14 ans, s'est mariée à 20 ans. — A eu deux enfants et un avortement. Au premier accouchement, déchirure du périnée. Les deuxièmes couches furent très laborieuses, l'enfant vint mort et la convalescence dura trois mois et demi. Elle reprit son travail, mais eut de fréquentes rechutes, souvent de violentes douleurs abdominales l'obligèrent à s'aliter pendant plusieurs jours.

Il y a quatre ans, elle eut une violente poussée de péritonite caractérisée par des vomissements, du hoquet, des douleurs dans le bas-ventre et du ballonnement. Ces symptômes alarmànts ne furent complètement dissipés qu'après six semaines de séjour au lit.

Elle est reprise du même état péritonéal, il y a trois semaines, mais ne garde pas le lit. Fièvre. Douleur dans le ventre, mais pas de vomissements. Les règles sont irrégulières, les dernières datent du 15 novembre. Elle entre dans le service de la clinique chirurgicale le 5 décembre 1894.

Examen. — Le ventre est ballonné, surtout dans la région sous-ombilicale, son volume est celui d'une grossesse de six mois. Il est tendu et douloureux à la palpation : sonorité plutôt exagérée dans tout l'hypogastre. La température vespérale est depuis son entrée de 38° à 38°5, le matin elles s'abaisse à 37°. Le toucher vaginal montre que le col est dévié à droite, que l'utérus est situé très haut, et complètement immobilisé : dans le cul-de-sac latéral gauche, on perçoit des nodosités très dures et douloureuses. Le cul-de-sac postérieur est comblé, mais non distendu, il en est de même pour le cul-de-sac latéral droit. La fixité de l'utérus, les duretés et l'em-

pâtement qui l'entourent font porter le diagnostic de péri-métro-salpingite ancienne avec collections suppurées probables, vu l'état fébrile persistant. Au spéculum, le col apparaît volumineux et déchiré au milieu de la lèvre postérieure.

Hystérectomie vaginale le 7 décembre 1894. — *1er Temps.* — L'utérus, absolument fixé dans une position élevée, ne subit aucun abaissement sous la traction des pinces de Museux. L'incision du cul-de-sac antérieur du vagin est, à cette hauteur, assez pénible. On commence le décollement. La section du cul-de-sac postérieur est plus facile : on pratique également celle de la muqueuse vaginale du cul-de-sac latéral droit. L'index étant introduit dans l'incision antérieure, et le pouce dans la postérieure, on saisit la base du ligament large entre les deux doigts, et on y place une pince longuette à forcipressure, qui comprime l'artère utérine jusqu'à une hauteur de deux centimètres. On agit de même à gauche.

2e Temps. — Il consiste dans la section médiane antéro-postérieure du col utérin, sur une hauteur de trois à quatre centimètres. Chacune des deux moitiés cervicales, saisie avec la pince de Museux, est excisée obliquement de dehors en dedans avec de forts ciseaux courbes. Sur le moignon restant, on place deux pinces de Museux ; et, de nouveau l'incision antéro-postérieure de l'utérus est prolongée de deux centimètres. A ce moment, au niveau du cul-de-sac postérieur, le bistouri ouvre une collection purulente qui laisse échapper environ un demi-verre de pus. Lavage du vagin. On enlève deux tranches de tissu sur chaque moitié de l'utérus : elles sont plus épaisses en dedans qu'en dehors, de manière à creuser en V le centre de la matrice. Après cela, l'utérus ne s'abaissant pas encore sous la traction des pinces, on enlève, pour la troisième fois, deux tranches obliques vers le centre.

C'est en faisant cette ablation que l'on ouvre manifestement le cul-de-sac péritonéal antérieur. Alors, par la boutonnière de la séreuse, le chirurgien engage son index à cheval sur le milieu du fond de l'utérus, qui enfin s'incurve et s'abaisse un peu. Il est facile alors d'en achever la division en deux moitiés. On saisit la partie gauche mais il est impossible de l'attirer de plus d'un centimètre, car les annexes sont soudées aux parois pelviennes et immobilisent la corne utérine. On place une pince courbe de Richelot sur le ligament large en dehors de la corne, et on excise cette dernière. La même manœuvre est exécutée du côté droit. A ce moment, on crève une seconde poche purulente, d'où s'écoule un verre à Bordeaux de pus

épais. Nettoyage attentif du vagin et de toute la plaie à l'eau bouillie. Eponge placée dans l'ouverture péritonéale, de manière à isoler la grande séreuse. Irrigation vaginale abondante. Le doigt explorateur reconnaît que la trompe droite a été ouverte, mais elle est absolument fixée et ne peut être extirpée ; malgré des tractions méthodiques, l'ovaire n'apparaît pas. Du côté gauche existait un tumeur qui dépassait le pubis et l'arcade fémorale, faisant dans le bassin une saillie du volume du poing, reconnaissable par le doigt introduit dans la plaie vaginale. C'était une nouvelle poche purulente, située très haut. C'est à peine si on l'atteint avec l'extrémité de l'index. On en fait la ponction avec l'appareil Potain, un peu de pus : alors l'ouverture est agrandie au bistouri, et il s'écoule un grand verre de liquide crémeux. Lavage abondant de la plaie vaginale et de la cavité pelvienne. On termine l'opération, en remplaçant les pinces des ligaments larges par de fortes ligatures au fil de soie. Tamponnement de la plaie pelvienne et du vagin à la gaze iodoformée.

Les suites opératoires sont excellentes. Dès le lendemain, la fièvre tombe. La guérison est complète après cinq semaines. Depuis, la malade a été revue, elle ne souffre plus et jouit d'une excellente santé.

Observation II. — *Ovaro-salpingite suppurée très adhérente, avec plastron abdominal. Hystérectomie abdominale par morcellement. Guérison.*

Julie V..., 28 ans, cuisinière, réglée à 15 ans, pas d'enfants, non mariée, bien réglée jusqu'à présent. Bon état général. Leucorrhée.

Cette femme a commencé à souffrir il y a deux ans au moins. Elle accusait à ce moment des douleurs dans le bas-ventre, douleurs se propageant en ceinture, et dans les cuisses. Elle peut néanmoins continuer un dur travail jusqu'à il y a un an et demi, époque à laquelle elle dut s'aliter quinze jours, à cause de ces douleurs. Un mieux se produisit, et depuis ce moment elle n'a pas dû garder le lit. Les douleurs sont réapparues il y a un mois et demi ; en même temps survinrent des métrorrhagies, qui l'obligèrent à cesser son travail quelques jours. Elle le reprit bientôt, mais à la suite d'une fatigue excessive, elle fut obligé de rentrer à l'hôpital.

Examen. — Du côté gauche, par le palper abdominal, on trouve une induration parallèle à l'arcade pubienne, allongée comme elle,

et qui a le volume de trois doigts. Par le palper bimanuel, on sent que cette masse se continue avec une autre, bosselée, plus profonde, du volume d'une orange, située au-dessus du cul-de-sac latéral correspondant. Du côté droit est une tumeur grosse comme une pomme, qui semble formée par l'ovaire adhérent. Le col est gros, mais l'utérus est peu mobile. Fièvre rémittente vespérale.

Opération le 24 janvier 1895. — On pratique d'abord le morcellement utérin. Ce temps est régulier et facile. Lorsqu'on veut exercer une traction sur la corne utérine gauche pour amener la partie supérieure du ligament gauche, on déchire la trompe qui est retenue et adhérente, et on voit sourdre par son orifice une gouttelette de pus crémeux et ancien. Section de cette moitié utérine. Le chirurgien essaie en vain d'attirer les annexes. Du côté droit, même manœuvre. On place une pince à pression sur le ligament large, et on essaie d'attirer le plus possible les annexes. A ce moment il se fait une éraillure à la trompe et il s'écoule des flots de pus. Quant l'écoulement est terminé, on explore à nouveau, et on reconnaît une trompe distendue, adhérente, du volume de quatre doigts. Les adhérences, qui sont assez molles, sont prudemment décollées, et la tumeur est amenée à la vulve. La trompe est vidée et excisée, après ligature convenable. On revient du côté gauche, mais comme la première fois il est impossible de décoller les annexes. On trouve, en arrière de la paroi abdominale antérieure, un gros noyau dur, du volume d'une petite orange, et adhérant aux anses intestinales. Je ne juge pas prudent d'en poursuivre le décollement, et me borne à exciser l'ovaire, petit et ratatiné. Peut-être y avait-il de ce côté un hydrosalpinx ; car, quand on commença l'ablation des annexes, il y eut un écoulement abondant de liquide séreux.

Guérison en trois semaines sans incidents. Elle s'est parfaitement maintenue à la date actuelle de 6 mois après.

Remarques. — Comme dans le cas précédent, mais à un degré moindre, il s'agissait d'une double ovaro-salpingite suppurée, très adhérente, qui eût présenté des difficultés considérables à l'énucléation par la voie abdominale. Il est probable que les adhérences intestinales, très dures et résistantes, eussent exposé à des fistules stercorales, si tant est qu'elles eussent pu être dissociées, pour permettre d'arriver jusqu'à la tumeur.

L'hystérectomie par morcellement a permis l'ablation de la trompe droite distendue par le pus, mais les annexes gauches ont résisté. Malgré cela, la guérison a été et est demeurée complète. Les suites

opératoires ont été des plus simples et en définitive beaucoup moins graves qu'elles ne l'eussent été par la voie abdominale, en supposant cette intervention possible.

Observation III. — *Annexite ancienne, fibreuse, formant tumeur entre la vessie et l'utérus. Hystérectomie vaginale par morcellement. Guérison.*

Hélène J..., 21 ans, corsetière. Réglée à 13 ans. Perte il y a trois ans. Ecoulement sanglant pendant 15 jours. Reste couchée pendant deux mois. Toujours bien réglée avant cet avortement; elle a maintenant des règles qui durent une quinzaine de jours, et qui sont irrégulières dans leur apparition. Ménorrhagies avec gros caillots. Dans l'intervalle des règles pertes en blanc. Depuis trois ans, elle souffre constamment et se plaint de douleurs dans le bas-ventre, qui s'irradient dans les flancs, les reins et les cuisses. Selles irrégulières, *mictions très difficiles et pénibles*. Assez bon état général. A dû quitter son travail à plusieurs reprises.

Examen le 10 décembre 1894.

La pression détermine de vives douleurs dans les régions ovarienne et utérine. La palpation abdominale ne donne aucun renseignement.

Par le palper bimanuel, on trouve que les culs-de-sac postérieurs et latéraux sont libres, mais *en avant* et à *gauche* de la matrice existe une tumeur mobile, bosselée, de la grosseur d'une petite pomme.

En avant et à droite, il existe une deuxième tumeur beaucoup plus grosse, du volume d'une orange, presque sphéroïdale et dure, qui pourrait être aussi bien un corps fibreux qu'une ovaro-salpingite.

Cette tumeur, très adhérente, est douloureuse au toucher.

Diagnostic. — Ovaro-salpingite, *avec position anormale des annexes en avant de la matrice*. Cette situation explique les troubles *urinaires* que présente cette femme.

18 décembre 1894. — Les tumeurs signalées précédemment paraissent diminuées de volume, mais en revanche elles sont plus douloureuses.

Opération le 20 décembre 1894. — La vulve est étroite. Le col est petit, conique, on le saisit aisément et l'amène à mi-chemin de la vulve.

Incision du cul-de-sac antérieur. On décolle ensuite la vessie et

on cherche à atteindre le cul-de-sac péritonéal : mais il existe des lamelles de tissu fibreux d'origine inflammatoire qui empêchent cette manœuvre. On y renonce. On fait alors l'incision du cul-de-sac postérieur : là encore le *tissu cellulaire est enflammé, fibreux, très résistant*, mais le péritoine peut malgré tout être ouvert, après avoir traversé une couche d'adhérences épaisses de trois doigts. Je passe aux culs-de-sac latéraux, les incise et pose avec assez de facilité deux ligatures sur les artères utérines à l'aide de l'aiguille de Deschamps. La partie du ligament large comprise dans cette ligature est sectionnée aux ciseaux. Les tractions exercées sur le col utérin l'ont énormément allongé, mais le *corps de l'utérus est resté fixé et ne descend nullement.*

Après une nouvelle tentative faite pour ouvrir le cul-de-sac péritonéal antérieur, tentative infructueuse, car l'ongle et le bistouri cheminaient tantôt dans le tissu du col, tantôt dans du tissu inflammatoire très dense, je me décide au morcellement.

L'utérus est incisé sur la ligne médiane dans une hauteur de trois centimètres. A l'aide des ciseaux j'enlève les deux blocs droit et gauche. Des pinces de Museux placées sur la tranche utérine abaissent la matrice. Je peux prolonger l'incision médiane et enlever ainsi deux nouveaux blocs. Même manœuvre une autre fois. Enfin le fond de l'utérus s'infléchit et le doigt peut passer du cul-de-sac postérieur dans le cul-de-sac antérieur. Un coup de ciseaux sépare complètement les deux moitiés utérines. Des pinces de Richelot sont placées sur chaque ligament large, et, on sectionne en dehors d'elles, les moignons de la matrice. Dans un dernier temps, je procède à l'ablation des annexes. Du côté droit, je déchire quelques adhérences filamenteuses qui fixent la trompe. Même manœuvre du côté gauche, où les adhérences sont plus solides et l'ovaire très petit. Tout est enlevé cependant. Les pinces sont remplacées par des ligatures. Lavage. Tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison sans incidents.

Examen de la pièce. — Pas de corps fibreux au fond de l'utérus. La tumeur sentie en avant et à droite du globe utérin est formée par un magma d'adhérences englobant les annexes de ce côté et celles du côté opposé.

En somme, il y a eu une péritonite du cul-de-sac antérieur ayant soudé la face antérieure de la matrice aux annexes et à la vessie et déterminant les troubles urinaires sus-mentionnés.

Remarques. — Dans ce cas d'ovaro-salpingite avec position anor-

male des annexes, l'hystérectomie vaginale a triomphé de difficultés opératoires très grandes, et cela sans danger pour la malade. La guérison a été des plus simples.

Observation IV. — *Péri-métro-salpingite ancienne avec processus scléreux très dur et très étendu. — Extirpation incomplète. — Insuccès.*

Christine C..., 47 ans, souffre constamment depuis deux ans et demi, a des ménorrhagies depuis 18 mois et des poussées de péritonite tous les deux ou trois mois. Elle a un ventre dur dans toute la région sous-ombilicale; le palper est très douloureux : l'utérus est fixe, situé très haut, enclavé dans une masse indurée, du volume du poing, située en arrière, du côté du cul-de-sac de Douglas : de chaque côté on sent deux tumeurs annexielles parsemées de bosselures, de consistance également très ferme. On croit à un fibrome rétro-utérin avec péri-métro-salpingite. La vulve est étroite, l'utérus situé très haut ne peut être abaissé, et c'est après plusieurs tentatives des plus laborieuses que nous parvenons à le diviser sur la ligne médiane, et à l'enlever par blocs. Il s'ouvre à diverses reprises des *veines de pus,* que nous laissons couler. Les annexes sont tellement soudées aux parois pelviennes que l'on est obligé de les laisser en place, malgré la voie créée par l'ablation de l'utérus. Lavages abondants. Bourrage à la gaze iodoformée. Après l'opération, la malade reste très déprimée. Les jours suivants, elle a une fièvre vespérale, qui ne dépasse pas 38°5 ; pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre, mais un pouls petit, rapide, et bientôt incalculable : la malade meurt de septicémie le cinquième jour. A l'autopsie, faite par M. le professeur Augier, on trouve de chaque côté du pelvis, deux masses du volume d'une orange, formant une sorte de gangue fibreuse de la plus grande dureté. Il est impossible d'y distinguer ni trompes, ni ovaires, ni ligaments larges. On sépare, avec la plus grande peine, ces masses des parois latérales du bassin, en les sculptant avec de très forts ciseaux courbes. On les enlève avec le rectum, qui est lui-même compris dans la *gangue* fibreuse, qui fait également corps avec la vessie et le vagin. Dans ces masses fibroïdes, mises sur la table d'autopsie et coupées par tranches, il est impossible de reconnaître l'ovaire ou les trompes; on n'y distingue que la coupe des artères utérines et

utéro-ovariennes. *Le rectum est rigide et uniformément rétréci.* Il s'agissait donc dans ce cas d'une *cellulite pelvienne* devenue fibreuse et agglomérant tous les organes. La mort nous paraît avoir été le résultat d'une infection déterminée par les masses fibreuses restées en place, qu'il était impossible d'extraire par l'opération, et qui présentaient, çà et là, un peu d'infiltration purulente.

M. **Henrotay** (Anvers). — On est accoutumé à lire et à accepter que la puerpéralité et la blennorrhagie sont les deux grands facteurs de l'infection suppurative des annexes utérines. Permettez-moi d'insister sur l'inexactitude de cette donnée, entendue d'une façon aussi générale. De ce que les accidents inflammatoires pelviens éclatent quelque temps après un accouchement ou une fausse-couche, il ne s'ensuit pas qu'ils soient « *puerpéraux* » comme on a trop souvent l'habitude de les étiqueter. Il faut, dans tous les cas rechercher soigneusement la blennorrhagie dont beaucoup de femmes sont infectées au cours de la grossesse, au moment de la fécondation ou peu de temps avant. Rarement l'enquête restera infructueuse. Au besoin, l'on s'aidera des recherches microscopiques et bactériologiques. Sur environ 160 cas de salpingo-ovarite que j'ai été amené à examiner ou à traiter, je possède tout au plus 5 cas où la blennorrhagie pouvait être exclue assurément.

La thérapeutique de l'infection blennorrhagique n'est en réalité efficace qu'à la période vulvaire et vaginale ; elle est incertaine et souvent dangereuse quand elle s'attaque aux lésions de l'endométrium. Le curettage et la dilatation sont particulièrement à rejeter dans ces cas et je possède plusieurs cas où ils ont provoqué l'éclosion de lésions annexielles graves. Il faut, avant tout, attacher plus d'importance à la prophylaxie de la blennorrhagie féminine ; car, à l'heure présente, un grand nombre de praticiens ne paraissent pas encore se douter des conséquences pour la femme du contage par l'uréthrite chronique masculine.

En thèse générale, le *traitement médical* de toute annexite doit être institué avant d'en venir à une opération.

Dans tous les cas où la blennorrhagie a pu être retrouvée comme cause étiologique des lésions des annexes, la castration vaginale est indiquée, à cause de la bilatéralité en quelque sorte fatale des lésions et à cause de la facilité de supprimer l'utérus généralement déjà mé-

tritique. Le procédé de Doyen, à cause de sa facilité d'exécution, est mon procédé de choix et dans le cas d'annexes difficiles à extérioriser, j'utilise des pinces à anneau dont le bord convexe est garni de dents agissant à la façon des mors d'une pince à dents de souris. J'ai employé une dizaine de fois, avec les meilleurs résultats la fermeture de la voûte vaginale et du péritoine pelvien après l'hystérectomie, préconisée par Rouffart. Mais au lieu de la pince à griffes dont se sert notre confrère, je place un point de suture au catgut à l'aide d'une longue aiguille pointue de Deschamps. Conclusions :

1° La blennorrhagie est le facteur étiologique *principal* des affections suppurées des annexes.

2° Le plus grand nombre des affections annexielles dites « *puerpérales* » ne sont en réalité que des infections blennorrhagiques envahissant les trompes et le péritoine pelvien après l'accouchement ou la fausse-couche.

3° Le traitement prophylactique devrait s'inspirer *a)* de la gravité de la blennorrhagie chez la femme *b)* de l'obligation pour tout médecin d'éclairer à ce sujet tout homme atteint d'uréthrite aiguë ou chronique.

4° Le traitement médical des annexites doit être essayé chaque fois que la chose est possible.

5° L'intervention vaginale est la méthode de choix dans le traitement des suppurations pelviennes et quand une opération se trouve nécessitée, la castration totale suffisamment indiquée par la nature blennorrhagique reconnue de l'affection.

6° La fermeture de la voûte vaginale et du péritoine pelvien après l'hystérectomie est un progrès sensible dans la technique et doit être exécutée chaque fois qu'il n'y a pas de contre-indication formelle.

M. **Coromilas** (de Calamata). — Messieurs, c'était déjà pour moi un grand honneur que de me trouver au milieu d'une aussi illustre assemblée à côté des savants du monde entier. Le bonheur de revoir mes vénérés maîtres vient s'y joindre grâce à l'aimable invitation des sympathiques secrétaires de ce Congrès.

Loin de penser que j'eusse à apporter mon contingent d'observations personnelles dans les questions scientifiques, dont l'étude approfondie devait être le but de notre réunion ; je ne m'étais

proposé que d'y assister en auditeur attentif et d'emporter ensuite tout un bagage de connaissances nouvelles que ces débats allaient léguer au monde en souffrance pour la gloire de l'art du divin Esculape.

Ne m'accusez pas d'inconséquence en me voyant monter à cette tribune. Ce n'est point me départir d'une réserve légitime que de prendre part aux débats ouverts sur les « suppurations pelviennes. »

J'ai eu dans ma pratique à traiter quelques cas tout particuliers et qui méritent d'être présentés ici. Car ils me semblent révéler sinon une forme nouvelle des complications pelviennes, du moins assurément une cause déterminante qui n'a pas été, que je sache, encore constatée.

Je viens d'un pays, qui pour être classique, vous le savez, n'en est pas moins marécageux, hélas, et les miasmes paludéens y abondent. Ils ont des effets d'une extrême importance et c'est de leur action pyogène sur les annexes de l'utérus que je viens vous parler.

On a déjà cité, Messieurs, des cas d'inflammation des annexes dus au bacille typhogène, aux inflammations par propagation, à maintes autres affections de nature infectieuse. Le paludisme en est aussi une cause, j'en suis convaincu, et une cause bien plus fréquente que toute autre dans les pays marécageux.

Ce n'est toutefois pas, je dois le reconnaître, pour avoir recherché et trouvé à l'aide du microscope l'hémozoaire de Laveran dans les suppurations salpingiennes, que je suis arrivé à cette conclusion. Dans la ville où j'exerce, ces minutieuses investigations ne se peuvent faire, les moyens et le temps manquent, et je laisserai ce soin à d'autres plus heureux et plus spécialistes. Mais, d'autre part, on ne saurait rejeter toute hypothèse qui n'aurait pas pour base une constatation, une trouvaille microscopique.

Voici l'observation dont il s'agit :

Cachexie paludéenne. Salpingite purulente droite. Adénite inguinale suppurée. Administration à l'intérieur de quinine associée à l'iodoforme. Injections sous-cutanées de bi-bromate de quinine pendant la semaine qui précède l'opération. Guérison.

Mlle Am..... Sm..... Grèce, 20 ans, vierge, réglée à 15 ans. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires, ouvrière dans une filature dès l'âge de 14 ans, mal logée, mal nourrie. A l'âge de 16 ans, elle fut prise d'une fièvre qui devint intermittente — tous les 15 ou 20 jours — et qui était enrayée

par l'usage du sulfate de quinine. A la fin de 1888, elle eut une fièvre d'une nature indéterminée qui la tint alitée pendant 10 jours ; à sa convalescence, elle se plaignit d'une douleur dans la fosse iliaque droite avec irradiation vers l'hypogastre, les lombes, la région supérieure de la cuisse en suivant le trajet de nerf cutané externe qu'on avait supposé atteint de névralgie. On recommanda les bains de mer. La menstruation devint de plus en plus douloureuse et irrégulière. Elle éprouve de temps en temps des élancements dans le côté droit du bassin et un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre à la suite d'une fatigue prolongée.

En 1890, elle peut constater elle-même à la pression une tumeur douloureuse dans le bassin droit, un peu au-dessus de l'arcade de Fallope. La fièvre devint dès lors fréquente, on lui fit subir différents traitements restés sans résultat.

En janvier 1891, la fièvre revient pendant la menstruation, avec des douleurs hypogastriques surtout du côté droit qui la forcent à garder le lit pendant quelques jours. Depuis, les douleurs hypogastriques sont continuelles, les règles beaucoup plus pénibles qu'auparavant, revenant tous les 15 ou 20 jours.

On vient me consulter le 11 mars 1891. Je trouve la malade maigre, pâle, anémiée, le teint jaune terreux, les muqueuses des narines, des lèvres, de la langue, etc., sont décolorées, livides.

Souffle anémique cardiaque, rien aux poumons.

Foie congestionné. La rate s'étend jusqu'à l'ombilic.

A la percussion, on trouve au-dessus du ligament de Poupart, une zone de matité, qui s'étend jusqu'à la fosse iliaque droite.

Par le palper abdominal, je constate la présence dans cette région d'une tumeur douloureuse, immobile, grosse comme une poire.

Le toucher vaginal étant impossible, je trouve par le toucher rectal l'utérus repoussé à gauche, douloureux et une masse douloureuse, non fluctuante, siègeant en arrière, en haut et à droite.

Pas de leucorrhée.

Il existe en plus un ganglion lymphatique inguinal suppuré et un autre ganglion assez gros mais pas enflammé et peu douloureux à la pression.

La malade a tous les jours et quelquefois tous les deux jours, un ou deux frissons vespéraux et des sueurs nocturnes.

Le soir : température 38,8. Je prescris sulfate de quinine 1 gramme à prendre le lendemain matin.

Le 12 au matin pas de fièvre. Frisson dans l'après-midi, température 39. J'ordonne :

Salicylate de quinine . . 1,4 centigrammes,
Iodoforme [1] . . . . . . 0,05 »

En trois paquets — prendre de minuit à une heure et demie du matin.

Le 13 au matin : Apyrexie. Je fais deux injections de la solution de bi-bromate de quinine 0,40 centigrammes. Le soir pas de frisson. Température 38,2.

Le 14, matin : Apyrexie. Je lui prescris :

Salicylate de quinine . . 1 gramme,
Iodoforme . . . . . . 0,05 centigrammes.

En trois pilules à prendre après minuit.

Vers 11 heures du matin, une injection de quinine.

Le soir. Température 37. Elle se plaint d'étourdissement ; les douleurs du bas-ventre sont moins pénibles qu'avant-hier.

Le 15, matin. Pas de fièvre. Deux injections de quinine de 0,65.

Le soir. Apyrexie. Elle mange avec beaucoup d'appétit.

Le 18 : Apyrexie. Injection de 0,60 de quinine. Elle peut remuer la cuisse sans douleurs violentes, l'hypogastre n'étant pas si tympanique ni si douloureux. Je pus examiner la malade plus soigneusement et constatai la fluctuation et l'immobilité de la tumeur.

Les 17-18 : Apyrexie. Tous les jours injections de quinine.

Je remarque la grande diminution de la tuméfaction du ganglion inguinal non suppuré qui n'était plus douloureux même par une forte pression, et celle de l'hypertrophie de la rate.

Le 19 au matin. Anesthésie chloroformique. J'ouvre le ganglion suppuré. Après un bon lavage antiseptique je remplis la cavité avec de la gaze iodoformée. Incisant alors au-dessus de l'arcade de Fallope, parallèlement au ligament du Poupart, je sectionne et décolle les tissus couche par couche jusqu'à la paroi de la tumeur. Le doigt introduit dans la plaie sent bien la fluctuation qui paraît être intra-

[1] Il y a longtemps que j'associe contre la fièvre intermittente la quinine avec 0,05 à 0,08 centigrammes d'iodoforme et j'obtiens des résultats favorables, même dans des cas où la quinine seule paraissait inefficace. Le docteur P. Bronomopoulos Coromilas avait aussi obtenu des bons résultats en prescrivant 0,15 à 0,20 centigrammes d'iodoforme en 24 heures sans aucun inconvénient.

ligamateuse ; je touche la plaie avec une solution phéniquée à 5 °/∘ et étends une couche de vaseline phéniquo-iodoformée à 2 et 4 °/∘.

Une ponction avec le trocart donne du pus un peu verdâtre et fétide ; après l'évacuation de l'abcès, j'élargis l'ouverture, nettoie soigneusement la cavité que je remplis d'un mélange de *3 grammes d'iodoforme et 3 grammes de sulfate de quinine.* J'introduis un drain et suture les parois de l'incision.

Pansement antiseptique ordinaire.

D'un coup de bistouri j'ouvre ensuite la tumeur du triangle de Scarpa qui laisse échapper du pus de la même nature que celui de la première collection ouverte.

Je constate au moyen d'un stylet l'existence d'un trajet fistuleux. Après curettage je remplis la cavité d'*iodoforme quininé,* introduis un drain et termine par un pansement antiseptique.

Le 20 au matin température 37. Soir température 37,2.

1 gramme de sulfate de quinine à prendre après minuit.

Le 21, matin, température 36,8 ; soir 37. Pas de douleurs. Sulfate de quinine 1,30 centigrammes à prendre demain matin.

Le 22, M. et S. Apyrexie. Elle a bon appétit, elle peut remuer sa cuisse sans douleurs violentes. Changement du pansement ; peu de pus sort par le drainage pelvien, un peu plus par celui du triangle de Scarpa ; après un lavage antiseptique j'injectai dans les plaies quelques grammes de la solution suivante :

Bi-bromate de quinine. . .	2	grammes.
Resorcine	2	»
Eau	50	»

Je saupoudre la plaie d'iodoforme quininé.

Le 6 avril. Etat général excellent. Elle marche facilement.

10 septembre. La menstruation se passe normalement.

En 1894 elle se marie et en 1895 elle met au monde un enfant bien conformé, sans souffrir pendant la grossesse.

Permettez-moi, Messieurs, de revenir sur un détail de cette observation que je n'ai pas suffisamment indiqué ; le voici :

J'aurais dû rechercher s'il existait un trajet fistuleux entre l'abcès pelvien et celui du triangle de Scarpa. C'est une négligence de ma part, dont je vous prie de m'excuser.

Que les microorganismes du paludisme déterminent une annexite purulente, ce n'est du reste qu'une des conséquences de leur

action sur l'organisme en général. Pour ne parler que des parties pelviennes, l'on a déjà constaté des congestions et des inflammations de l'utérus, des irrégularités dans la menstruation, des inflammations des ganglions lymphatiques, etc., de même que chez l'homme dans des cas analogues, l'on a attribué à la même cause des inflammations du testicule; le docteur Laveran a constaté ce fait déjà noté par Hippocrate, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en relisant :

Les Epidémies (Traduction française de Littré) : [1]

« Chez quelques-uns bientôt, chez d'autres plus tard, il se for-
« mait une inflammation douloureuse du testicule; tantôt d'un
« côté, tantôt des deux. Les uns avaient de la fièvre, les autres
« n'en avaient point; la plupart en souffraient beaucoup. »

CONCLUSIONS

L'observation que je viens de vous communiquer m'autorise à conclure :

1° Que certaines salpingites peuvent être causées par les fièvres paludéennes.

2° Qu'en pareil cas, l'emploi des médicaments spécifiques, en particulier des sels de quinine, lorsqu'ils sont bien tolérés suffit quelquefois pour obtenir la guérison.

3° Qu'il ne faut pas trop tôt désespérer, lors même que l'annexite est suppurée, compliquée d'adenites inguinales et de cachexie paludéenne.

4° Qu'il faut prescrire la quinine alors même qu'une opération chirurgicale serait jugée indispensable, 4 ou 8 jours avant l'opération. C'est une règle à suivre non seulement quand il s'agit d'un traitement, ou de faire une opération sur les organes génitaux de sujets paludéens, mais toujours pour nous qui exerçons la chirurgie dans les pays marécageux. Nous devons instituer un traitement énergique antipaludéen même si nous n'avons pas de phénomènes de cachexie palustre.

[1] Livre I, vol. II, page 603.

M. **Paul Reynier** (de Paris.) — Messieurs, la question de l'intervention dans les cas de suppurations pelviennes, pour quelques-uns semble très simple :

Pour eux, toute suppuration doit être abordée par la voie vaginale. Quelques chirurgiens, ne voient même qu'une opération, l'hystérectomie vaginale. D'autres, plus conservateurs, préconisent l'incision du cul-de-sac postérieur.

Quelques autres, enfin, se rappelant les succès qu'ils ont obtenus par la laparotomie, ne croient pas que cette dernière opération doive être définitivement abandonnée, et continuent à aborder par la voie abdominale les suppurations pelviennes.

J'avoue de suite que dans un très grand nombre de cas je reste partisan de cette manière de faire ; je dis : *dans un très grand nombre de cas,* et non pas dans tous.

On ne saurait, en effet, dans les cas de suppurations pelviennes être absolu, et ne pas être un peu éclectique. Proposer une seule opération ne se comprendrait que si l'on se trouvait toujours en présence d'accidents identiques.

Or, il est loin d'en être ainsi quand il s'agit de suppurations péri-utérines. Bien que localisées dans les mêmes régions : le petit bassin, ces suppurations diffèrent entre elles par leurs microbes, leur origine, leur marche, leur siège dans des organes différents.

Pouvons-nous comparer des suppurations, suite de septicémie puerpérale, avec des pyosalpinx tuberculeux ou blennorrhagiques. Les pyosalpinx, sont-ils comparables comme gravité avec les pyosalpingo-ovarites ; les phlegmons du ligament large, les épiploons recouvrant des trompes purulentes, les pelvi-péritonites, les hématocèles suppurées ne sont-elles pas des suppurations ayant chacune leur physionomie spéciale ?

Ne faut-il pas encore distinguer les inflammations suivant leur ancienneté, leurs complications ; ne savons-nous pas que la virulence de certaines suppurations peut s'atténuer avec le temps, tandis qu'au début elle est très exaltée ?

Enfin, en présence d'un abcès péri-utérin, ouvert dans le rectum, raisonnons-nous de même qu'en présence d'une collection bien limitée et présentant peu d'adhérences ?

Ne doit-on pas tenir compte encore de l'unilatéralité de la lésion et de l'âge de la femme à laquelle on doit faire subir une si grande mutilation ?

Comment, devant la diversité de ces lésions pouvons-nous donc penser qu'il n'existe qu'un seul mode d'intervention ?

Evidemment ce qu'il importe ici ce n'est pas de venir vanter *telle ou telle opération,* mais plutôt d'établir les indications et les contre-indications de ces opérations.

Ces indications, je les tirerai de ma pratique personnelle, que je viens vous exposer d'après mes observations hospitalières, toutes prises et contrôlées par mes élèves, que je prends comme garants de ce que j'avance.

Cette statistique comprend les années 1891, 1892, 1893, 1894, 1895 et 1896. Toutefois ayant été malade pendant une grande partie de l'année 1894, je n'ai les observations que des 2 premiers mois de l'année.

C'est donc une statistique de 4 ans $^{1}/_{2}$.

Je donne tout d'abord le résumé de cette statistique dont je tirerai ensuite l'enseignement.

Eliminant les cas de péritonites puerpérales pour lesquelles je suis toujours intervenu sans succès je relève pendant ces 5 années : 212 interventions pour suppurations pelviennes. Ces 212 interventions se décomposent ainsi :

4 fois j'ai fait l'ouverture de la poche purulente par la voie inguinale et la voie sous-péritonéale.

Dans ces 4 cas, il s'agissait de phlegmons du ligament large consécutifs à l'accouchement. J'ai eu 4 guérisons.

110 fois je suis intervenu par la voie abdominale, j'ai eu *8 morts,* 7 de péritonite, une par choc et une autre par hémorrhagie.

52 fois j'ai fait l'hystérectomie vaginale et j'ai eu *6 morts,* 1 d'hémorrhagie, 1 de choc, 2 par occlusion intestinale, 2 de péritonite.

46 fois j'ai fait l'ouverture et le drainage de la collection purulente par le cul-de-sac postérieur.

Je n'ai eu aucune mort mais j'ai été obligé de faire 9 fois l'hystérectomie consécutive et 4 fois la laparotomie.

Pendant les premières années je n'intervenais que par la voie abdominale. J'ai ouvert par cette voie presque toutes les variétés de suppurations. Je n'ai jamais fait une intervention incomplète, et cependant je me suis trouvé en présence de cas particulièrement graves.

Dans 6 observations, je vois noté que je suis tombé sur des collections contenant $^{1}/_{2}$ litre à 1 litre de pus, véritables abcès péri-utérins.

Dans l'observation la plus remarquable, j'ai trouvé chez une ma-

lade que j'opérais avec le Dr Ozenne, à côté d'un utérus gravide de 6 mois, un abcès contenant 1/2 litre de pus, que je drainai par un drain, passant par l'incision abdominale et le cul-de-sac vaginal. Ne voulant pas laisser cette femme accoucher dans un milieu aussi infecté, je complétai ma laparotomie par un Porro, enlevant le corps de l'utérus gravide ; la malade guérit.

5 fois je me trouvai en présence d'ovarites suppurées ouvertes dans l'intestin, 4 malades guérirent grâce au drainage et au tamponnement vaginal fait par l'ouverture vaginale laissée béante par l'ablation de l'utérus enlevé par la voie vaginale. J'ai d'ailleurs parlé de 3 de ces cas au congrès de Rome, les 2 autres sont récents.

La première opérée seule mourut, chez laquelle je n'avais pas fait cette hystérectomie complémentaire.

35 fois j'ai eu des salpingo-ovarites très adhérentes, se compliquant dans 10 cas de pelvi-péritonite. Deux fois seulement je perdis mes malades pour avoir seulement drainé d'après la méthode de Mikulicz.

J'en ai, d'autre part, guéri 2 en complétant comme dans les cas précédents la laparotomie par l'hystérectomie vaginale permettant le drainage par cette voie. Dans les autres cas les guérisons sont survenues avec le simple drainage par le cul-de-sac.

Je n'ai d'ailleurs drainé que dans les cas où du pus s'était écoulé en grande quantité dans le ventre pendant les manœuvres d'extirpation.

Par contre, dans la grande majorité des cas je n'ai eu affaire qu'à des pyosalpinx qui ont guéri; 6 fois seulement parmi ces cas j'ai fait le Mikulicz.

Je suis arrivé par ces pratiques à me convaincre que presque toutes les suppurations pelviennes peuvent être abordées par la laparotomie et que nous avons des procédés de drainage pour lutter contre la contamination du péritoine qui nous la rendent bien moins à craindre que ne veulent bien le dire les hystérectomistes à outrance.

Toutefois j'ai reconnu que dans certaines formes de parannéxites dans lesquelles l'utérus est immobilisé, perdu, la laparotomie est plus périlleuse surtout à cause du choc opératoire; les opérations nécessitant souvent une longue anesthésie.

J'ai eu des malades chez lesquelles la chloroformisation a duré plus de 3 heures.

J'en ai guéri, toutefois j'en ai perdu de choc.

J'ai eu chez quelques-unes beaucoup de peine à les remonter par la caféine, l'oxygène et à l'heure actuelle par les injections de sérum artificiel ou d'huile camphrée.

En analysant maintenant mes hystérectomies, je reconnais que si je suis intervenu par cette voie, c'est que j'avais à faire à des lésions graves, dans lesquelles d'après mon expérience, la laparotomie me paraissait devoir être dangereuse.

Dans une dizaine de cas, par exemple, je me suis trouvé en présence de salpingo-ovarites ouvertes dans le rectum ; une autre fois, d'une hématocèle suppurée, et enfin dans la majorité des cas, de collections purulentes multiples environnant l'utérus.

La gravité de ces cas peut expliquer pourquoi ma statistique d'hystérectomie peut paraître moins bonne, et pourquoi néanmoins je crois pouvoir dire que l'hystérectomie me paraît moins dangereuse dans les cas de grosses lésions, si toutefois on la conduit prudemment en prenant le temps nécessaire pour abaisser son utérus.

Je n'ai jamais fait, comme quelques-uns s'en vantent, d'hystérectomies en 5 minutes, mais par contre, je n'ai jamais eu à déplorer de perforation vésicale ni de blessure de l'uretère.

Ceci dit à l'actif de l'hystérectomie, je relève maintenant son passif : Si la laparotomie m'a toujours permis de faire une opération complète il n'en est pas de même de l'hystérectomie.

Dans plus de la moitié des cas, j'ai laissé une ou deux annexes. Dans 5 cas il m'a fallu laisser une portion de l'utérus qu'il m'était impossible d'abaisser.

Mes malades ont guéri mais elles ont continué à souffrir, car il est à l'heure actuelle démontré, et toutes les observations des malades me l'ont surabondamment prouvé : que les annexes ne s'atrophient pas une fois l'utérus enlevé. Les faits sont là qui nous montrent que la mort anatomique et physiologique des annexes qu'on a dû laisser, n'est pas complète et plus certaine, ainsi que l'écrivait M. Segond, que celle de l'utérus lorsqu'il reste en place après l'ablation des annexes : c'est le contraire que je dirais.

Les malades malgré cette sérieuse mutilation continuent à souffrir d'une ou des annexes qu'on n'a pu enlever, et sont exposées à d'autres accidents nécessitant d'autres opérations.

Il faut donc bien savoir qu'en faisant une hystérectomie on s'expose souvent à faire une opération incomplète.

Or, opération incomplète pour opération incomplète, je suis arrivé à pratiquer plus souvent, chaque fois que cela m'a été possible, l'ouverture des collections purulentes par le cul-de-sac postérieur, qui me fournit comme l'hystérectomie une voie déclive pour l'écoulement du pus.

Si j'analyse ces observations je ne vois pas de mort à la suite de cette ouverture, mais bien souvent les malades une fois la collection purulente évacuée et l'incision guérie ont continué à souffrir.

Dans 8 cas j'ai été obligé de faire une hystérectomie consécutive, dans 3 cas une laparotomie.

Néanmoins si l'incision du cul-de-sac est quelquefois inefficace, si elle laisse très souvent derrière elle des annexes trop atteintes pour guérir, et des adhérences qui font souffrir ; par contre il faut reconnaître que c'est une opération peu dangereuse, qui conserve à la femme les ovaires, lui laisse la possibilité d'avoir ses règles, et même de procréer.

J'ai vu chez 3 malades se produire une grossesse, une ou deux années après mon intervention.

C'est, tenant compte de toutes ces considérations que, dans ces dernières années ma conduite, vis-à-vis des suppurations pelviennes s'est peu à peu modifiée :

En présence d'une femme jeune ayant des symptômes d'infection récente et des signes de suppuration pelvienne, venant proéminer du côté du vagin, abordables par cette voie, je commence par l'ouverture du cul-de-sac postérieur et fais par cette ouverture un large drainage.

Si, malgré cette incision le pus s'écoule mal, comme je l'ai vu dans un certain nombre de cas, si les phénomènes d'infection persistent, je complète, plus ou moins tardivement, mon opération par une hystérectomie.

Si la cicatrisation de la plaie vaginale s'est faite, c'est-à-dire si la suppuration s'est tarie, si la malade souffre encore, je fais une opération complémentaire. Cette opération sera une hystérectomie, si l'utérus est malade, mais de préférence une laparotomie qui me permettra de me rendre mieux compte de la persistance des douleurs, et d'être sûr d'enlever les lésions qui en sont la cause.

Je citerai à l'appui de cette manière de faire, l'observation suivante :

Une jeune femme entra dernièrement dans mon service ; 5 mois auparavant elle avait eu une collection purulente ouverte par le cul-de-sac postérieur.

Elle souffrait encore, au toucher je sentais derrière l'utérus une grosse masse dure, difficile à limiter. Je fis la laparotomie, je trouvai d'un côté l'ovaire disparu — celui qui avait suppuré — de l'autre côté la masse que j'avais sentie au toucher était formée par les an-

nexes, constituée par une trompe contenant du pus et enroulée autour d'un ovaire scléro-kystique qui avait échappé à la suppuration.

Ces faits démontrent l'insuffisance en certains cas de l'incision du cul-de-sac et néanmoins, je le répète, en présence d'une femme encore jeune, je me reprocherais de ne pas tenter tout au moins de la guérir par ce moyen moins radical.

C'est pour cette raison que le nombre de mes laparotomies et hystérectomies primitives a notablement diminué.

Comme opération primitive je fais cette dernière, de préférence dans les abcès péri-utérins ouverts dans une cavité voisine, surtout dans le rectum. Je la fais encore dans les salpingo-ovarites anciennes, compliquées de poussées de pelvi-péritonite, qui donnent naissance à une masse diffuse qui englobe l'utérus, et dans laquelle, ainsi que le faisait remarquer M. Bouilly, il est impossible de rien sentir ni au palper ni au toucher; enfin quand il s'agit d'utérus fibromateux compliqués de suppuration pelvienne.

En dehors de ces cas je reste toujours plutôt disposé à intervenir par la laparotomie, particulièrement pour le pyosalpinx, les salpingo-ovarites suppurées laissant une certaine mobilité à l'utérus et enfin chaque fois que grâce à un diagnostic douteux je ne puis être sûr de la bilatéralité de la lésion.

C'est vraiment alors que la laparotomie me paraît être l'opération de choix, car seule elle donne la certitude de faire une opération complète, de limiter notre intervention et d'arriver autant qu'il se peut à un résultat définitif.

M. **Sabino Coelho** (de Lisbonne). — En assistant aux opérations de M. le Prof. Martin à son institut de Berlin en été 1895, j'ai acquis sur la colpotomie antérieure des impressions qui m'ont conduit à la répéter dans mon pays d'après son procédé. A partir d'octobre dernier je l'ai faite pour différentes causes chez quarante-cinq malades dont douze pour des suppurations unilatérales des annexes.

Je ne compte pas cinq malades dont les sacs de pus ont crevé pendant l'opération. J'ai alors terminé par l'hystérectomie vaginale et elles ont guéri.

Une de ces opérées, âgée de 29 ans, possédait un pyosalpinx droit de la grosseur d'une orange. Après avoir fait sortir le fond de l'utérus par la colpotomie, j'ai perforé le pyosalpinx qui effleurait l'ouverture du péritoine. J'ai reçu le pus sur une compresse-éponge comme je fais dans tous les cas pareils. En appliquant des pinces successivement plus haut et en détachant du doigt les adhérences, j'amenai devant moi la trompe vide et l'ovaire sclérosé. J'ai fait l'ovaro-salpingectomie.

Une malade de 32 ans avait un pyosalpinx gauche du volume d'une poire moyenne. Après le curettage et l'amputation du col, je fis la colpotomie. J'ai détruit quelques adhérences de périmétrite et amené le pyosalpinx à moitié dans la plaie péritonéale par une traction douce. Après l'avoir vidé j'ai fait l'ovaro-salpingectomie. J'ai perforé un kyste de l'ovaire et un de la trompe à droite.

Chez une malade de 26 ans, j'ai fait la colpotomie après le curettage. Les annexes gauches se sont refusées à suivre le corps de l'utérus à l'extérieur. La trompe recourbée avait la forme d'un saucisson et n'a pu être ouverte qu'à la partie la plus proche de l'utérus. Après la ponction, je l'avais sous les yeux et je l'ai extirpée en même temps que l'ovaire sclérosé. Elle avait dix centimètres de long sur un de large. Les autres annexes étaient saines.

Un ovaire suppuré ayant les dimensions et la forme d'un œuf d'oie provoquait à gauche des souffrances insupportables chez une femme de 36 ans. Par la colpotomie précédée du curettage je l'ai amené, après la sortie de l'utérus, dans la plaie. Je l'ai ponctionné et ai fait l'ovaro-salpingectomie. A droite j'ai perforé deux kystes de l'ovaire et un de la trompe.

A une autre malade, j'ai extrait par la colpotomie antérieure un pyosalpinx gauche; il avait huit centimètres de long et deux dans sa plus grande largeur. Il était adhérent à l'épiploon.

Une malade de 31 ans avait à gauche un pyosalpinx qui est sorti par des tractions avec le corps de l'utérus. La plus grande partie ne cédait pas, parce qu'il y avait un étranglement entre la portion vide et celle qui restait. Il a fallu tirer cette partie et la perforer comme la première. J'ai fait alors l'ovaro-salpingectomie. La trompe était bosselée, recourbée et très irrégulière. Elle avait neuf centimètres de long et quatre dans sa plus grande largeur. Il n'a pas été nécessaire d'intervenir à droite.

J'ai encore opéré trois malades de 25, de 30 et de 40 ans qui avaient des suppurations unilatérales des ovaires, lesquels après

l'ovaro-salpingectomie ont présenté les dimensions d'un œuf de poule, d'une orange et d'une mandarine. Les trompes du même côté avaient dans deux cas des kystes séreux, dans quatre cas du pus en petite quantité et dans deux autres du sang très peu abondant. Ces lésions résidaient à gauche chez une femme et à droite chez les deux autres.

En conclusion : dans les suppurations unilatérales peu étendues des annexes je fais la colpotomie antérieure.

Elle est plus innocente que la laparotomie et l'hystérectomie vaginale. Chez mes opérées par la colpotomie pour des suppurations aussi bien que dans les autres trente-trois colpotomies, je n'ai jamais eu de cas de mort. Elles ont toutes supporté le traitement sans fièvre, sans suppuration de l'incision, sans blessure de la vessie ni des uretères.

J'en ai revu dix. La guérison s'est maintenue.

J'ai une opérée de suppuration unilatérale, grosse de sept mois, qui se porte bien. La colpotomie a sur l'hystérectomie l'avantage de l'espoir de fécondation, quand les annexes de l'autre côté sont saines ou ont des lésions partielles que l'on peut traiter en conservant une portion secrétante de l'ovaire et en maintenant la perméabilité de la trompe.

La laparotomie permet aussi ces essais de conservation. J'ai déjà fait par ce moyen chez cinq malades la résection de l'ovaire, et chez six autres la ponction de kystes de la trompe et de l'ovaire en vérifiant toujours la perméabilité de celle-là. De ces onze malades, il y en avait huit avec suppuration unilatérale peu étendue. Elles sont toutes guéries. Quand M. le Prof. Pozzi a fait connaître ses ignipunctures ovariennes, j'ai opéré huit malades d'après son procédé par la laparotomie, et j'ai réussi dans tous les cas. Chez six il y avait une petite suppuration d'un côté.

Malgré ces bons résultats, je préfère aujourd'hui la colpotomie antérieure, parce qu'elle ne laisse pas de cicatrice abdominale et qu'elle est moins dangereuse que la laparotomie.

Enfin, dans les suppurations des annexes, comme dans d'autres cas, la colpotomie antérieure est une voie d'exploration.

On terminera tout de suite l'opération par l'hystérectomie vaginale, si le sac ne peut pas sortir par l'incision, du moins en partie ; s'il crève pendant la traction et la destruction des adhérences ; si la suppuration est étendue ; si elle est bilatérale, contrairement à ce que l'on pouvait supposer avant l'opération ; s'il y a de grands

dégats opératoires résultant de l'incision de myomes, de la fragilité de l'utérus, etc.

Je fais la laparotomie dans les suppurations unilatérales bien diagnostiquées des annexes, l'hystérectomie vaginale d'emblée dans les cas de diagnostic de suppurations bilatérales, et l'incision simple dans les hématocèles suppurées, dans les abcès d'origine cellulaire et dans les collections péritonéales.

M. **Mangin** (de Marseille). — Dans le traitement des suppurations pelviennes, on doit compter avec deux facteurs importants, la virulence de l'agent pathogène et le siège de la collection suppurée, qui est énucléable ou non.

Les suppurations à virulence extrême énucléables ou non demandent à être ouvertes ou enlevées *au plus tôt;* nul ne discute ce point de pratique ; mais l'unanimité disparaît quant au mode opératoire.

Nous avouerons nos préférences pour le procédé de l'incision vaginale soit au moyen du trocart de Laroyenne, soit mieux au bistouri.

Après avoir usé de la laparotomie pendant plusieurs années, nous l'avons abandonnée d'une façon presque complète *dans les cas aigus,* lui reconnaissant une gravité bien supérieure à l'incision vaginale : 20 % de mortalité d'un côté pour une mortalité nulle de l'autre, dans des cas cliniquement comparables et souvent même plus graves ; nous n'imputons pas en effet au procédé le cas mortel observé par nous après une incision vaginale ; la malade n'ayant été opérée que lorsque l'infection était déjà généralisée.

Voici donc une intervention facile, bénigne, efficace, que peut-on lui demander de plus ! — Elle n'est pas réservée seulement comme on le croit aux collections proéminant dans le vagin ; elle s'attaque aussi aux collections très élevées, il suffit seulement d'établir un bon tamponnement préventif éloignant l'intestin avant d'ouvrir la collection.

Pour les collections proéminant vers le ventre, nous donnons naturellement la préférence à la voie abdominale, mais en nous contentant du drainage lorsque la poche semble difficilement énucléable et que l'on prévoit de ce chef un choc intense, accident qu'il faut éviter à tout prix chez des malades qui le plus souvent ont un état général mauvais.

A la suite de l'incision vaginale, la convalescence est en général

facile et rapide, mais il nous a paru presque toujours nécessaire de faire un curettage de la poche immédiatement ou quelques jours après l'ouverture de la collection afin d'obtenir une cicatrisation plus rapide et d'éviter dans la mesure du possible les fistules signalées souvent. — Nous recourons toujours à un drainage prolongé ou à des injections antiseptiques quotidiennes.

Devant la facilité de la guérison, après l'incision vaginale, l'enlèvement de l'utérus nous a toujours semblé *un luxe opératoire inutile,* une prouesse chirurgicale dont nous n'avons pas le droit de faire parade aux dépens des malades. L'opération dans les cas suraigus est toujours dangereuse et le drainage qu'elle donne n'est guère supérieur à celui de l'incision vaginale si on a soin de faire celle-ci très large en forme de **T** comme nous le conseillons.

Lorsqu'il n'y a pas péril immédiat, lorsqu'on peut espérer l'atténuation de la virulence de l'infection par les moyens médicaux; repos, glace, etc., nous n'hésitons pas à les employer, persuadé que nous sommes que beaucoup de suppurations à virulence atténuée se *guérissent médicalement.* — Si ultérieurement une intervention s'impose, elle se fera avec plus de chances de succès ou pourra être souvent conservatrice.

Au risque de paraître *vieux jeu* nous reprendrons ici une de nos thèses favorites, essayant de montrer, chiffres en main, les résultats favorables si souvent obtenus par les traitements médicaux ou conservateurs si décriés.

Dans les cas où ces traitements échouent, l'hystérectomie et la laparotomie reprennent alors leurs droits et nous les appliquons sans arrière-pensée et sans regrets; l'hystérectomie dans les lésions doubles ou non énucléables, la laparotomie dans les lésions simples et énucléables.

Le diagnostic des suppurations guéries médicalement étant trop facilement contestable, nous prendrons dans notre statistique une formule plus générale englobant toutes les inflammations pelviennes suppurées ou non.

Sur environ 7000 malades, nous avons observé 780 infections péri-utérines et surtout annexielles (nous ne comptons pas naturellement les infections très légères guérissant avec quelques jours de repos et quelques injections chaudes), 226 fois seulement une intervention nous a paru indiquée, les autres malades ont guéri médicalement ou ont été très améliorées ; de celles-ci 64 étaient atteintes très gravement, 142 avaient des affections de moyenne intensité,

357 des affections relativement légères. Sur les 226 malades à opérer 140 étaient passibles d'opérations conservatrices.

Si on fait le départ des cas suraigus pour lesquels on n'a pu temporiser, soit 48, il reste 38 interventions radicales proposées, soit 5 % seulement des cas observés, chiffre certainement inférieur à la moyenne donnée par la plupart des chirurgiens.

De ces 226 malades jugées à opérer, 19 passibles de laparotomie ou d'hystérectomie, 14 d'opérations conservatrices nous ayant quitté ou ayant refusé l'intervention, notre statistique se réduit à 193 opérations se décomposant de la façon suivante :

Infections ou suppurations graves :

9 laparotomies avec enlèvement de la poche, 7 guérisons, 2 morts,
4 laparotomies sans enlèvement de la poche, 4 guérisons,
35 incisions vaginales, une mort chez une malade à infection généralisée au moment de l'intervention,
1 récidive chez une tuberculeuse,
2 fistules chez des malades indociles n'ayant pas accepté le drainage,
2 fistules intestinales spontanées guéries rapidement,
1 grossesse à terme.

Infections atténuées :

16 laparotomies : 16 guérisons opératoires, une mort 1 mois 1/2 après de tuberculose méningée ;
3 hystérectomies vaginales : 3 guérisons ;
4 enlèvements d'annexes par le vagin : 4 guérisons ;
122 opérations conservatrices : 91 guérisons,
15 améliorations sérieuses, 10 améliorations moindres,
6 échecs, 1 malade réopérée par hystérectomie,
2 par laparotomie, guérisons.
28 grossesses sur 62 malades recherchant la maternité.

En résumé, depuis que nous employons l'incision vaginale d'une façon presque exclusive dans les suppurations suraiguës, les opérations conservatrices et radicales dans les périodes d'accalmie, nous n'avons plus, sur un nombre considérable d'interventions, observé de cas mortel, sauf celui cité plus haut non imputable au procédé opératoire.

M. **Paul Segond** (Paris). — Lorsque j'ai demandé mon inscription parmi ceux qui devaient prendre la parole sur les suppurations pelviennes, je ne connaissais pas encore les conclusions définitives du rapport préparé par M. Bouilly. Aujourd'hui, ma demande n'a plus raison d'être. En effet, suivant mes prévisions les plus chères, j'ai vu M. Bouilly se rallier peu à peu aux idées que j'ai eu le grand honneur de défendre devant vous, dans mon rapport de 1892, et, ses conclusions actuelles sur tous les points en litige sont tellement conformes aux miennes, que je ne pourrais que vous répéter à peu près mot pour mot, tout ce que M. Bouilly vous a dit avec la haute autorité que lui donne son expérience et son suprême bon sens.

Le seul point sur lequel j'aurais insisté plus que lui, concerne les ressources que peut donner l'ablation totale par voie abdominale dans les cas où les masses suppuratives qu'il faut enlever dépassent, par leur volume, les limites au delà desquelles le morcellement par voie vaginale n'est plus raisonnablement possible. Je parle ici de la méthode d'exérèse abdominale totale connue sous le nom de méthode américaine. Depuis que M. Delagénière a eu le grand mérite de se faire, en France, le premier vulgarisateur de cette opération, (et je souhaite que cette priorité ne lui soit jamais contestée!) j'ai eu l'occasion de la voir pratiquer avec tant de succès par ses promoteurs, que j'en suis devenu moi-même très partisan et j'aurais voulu vous relater les quelques succès personnels que m'a donnés cette précieuse intervention. Mais, devant le nombre des communications qui nous impose l'épargne de votre temps, je dois abandonner ce projet.

Pour la même raison, je renonce à vous faire, dans une autre séance, la communication personnelle mentionnée sur notre programme. Je me proposais, vous le savez, de vous dire les raisons pour lesquelles je considère qu'au début de tout morcellement vaginal quelque peu difficile, il est extrêmement avantageux de commencer toujours par l'amputation du col, c'est-à-dire par la section de l'étage inférieur des ligaments larges avec hémostase préventive des utérines. Sans doute, cela n'est point neuf et j'y suis revenu bien souvent. Mais si la chose n'est point neuve, elle n'en est pas moins méconnue par beaucoup, et quelques chirurgiens vont même jusqu'à considérer ce premier temps opératoire comme inutile ou

périlleux. Or, à mon avis, rien n'est plus inexact. Si donc, je n'ai pas la possibilité de vous donner aujourd'hui les détails justificatifs nécessaires, laissez-moi vous formuler au moins ma pensée en vous disant que la manœuvre en question, faite au début de toute hystérectomie vaginale difficile, offre trois avantages principaux :

1° Sectionnant les ligaments utéro-sacrés, elle supprime d'emblée le premier et principal obstacle à l'abaissement.

2° Exécutée comme il convient, elle fait un temps spécial et méthodique de la seule étape opératoire durant laquelle la blessure de l'uretère est possible. Rien de plus simple, par conséquent, que de prendre les mesures voulues pour éviter cet accident, lequel est impossible durant les phases ultérieures de l'intervention.

3° Elle permet de débarrasser le champ opératoire d'une portion de tissu fort gênante, quand le col est gros, et de prendre solide prise sur le corps de l'organe.

Une fois le col libéré, l'hémostase des utérines assurée, les uretères mis hors de portée et le col amputé, quand il gène, on s'amarre sur le corps même de l'utérus, on ne songe plus jamais à aucune hémostase préventive, et, par la mise en œuvre de l'un ou de plusieurs des artifices opératoires dont l'ensemble constitue la méthode, on achève l'ablation de l'utérus et l'énucléation des annexes. Si je reviens, en terminant, sur la marche générale de cette deuxième et dernière partie de l'opération, telle que je la comprends et telle que je là pratique depuis ma première communication à la Société de chirurgie, c'est parce que, malgré ce que j'ai pu dire ou écrire, je connais plus d'un travail récent me prêtant, avec une insistance singulière, une technique dont je ne fais jamais usage.

Si je me fais bien comprendre, on voit donc que depuis mes premières hystérectomies (et j'en ai pratiqué 600 environ) je n'ai jamais cessé, le col une fois libéré, de continuer l'opération sans jamais recourir à aucune hémostase préventive, de l'achever soit par bascule antérieure ou postérieure de l'organe hémisectionné ou morcellé, soit par section totale antéro-postérieure, et de soigner enfin d'une manière très particulière et très préméditée, ce que Landau appelle la pédiculisation des annexes, pour en obtenir la complète ablation. Mais, et c'est ici que je me sépare étrangement de beaucoup d'autres, agissant ainsi, et m'étant, par conséquent, dès longtemps écarté du manuel opératoire primitif de Péan, je n'ai jamais eu la pensée d'avoir créé une méthode nouvelle. J'em-

ploie les artifices opératoires du morcellement, je les adapte ou les modifie au gré de mes tendances personnelles, je les varie suivant les cas particuliers; bref, je poursuis, avec beaucoup d'autres, le perfectionnement comme la simplification du manuel, mais, il ne s'agit pas moins, toujours et quand même, d'une seule méthode, de la méthode de Péan.

M. **Doléris** (de Paris). — La formule même de la question posée « *Traitement des suppurations pelviennes* » qui tend à rétrécir le champ du sujet véritable, fort vaste, devait entraîner soit à des subtilités de division soit à des conceptions diagnostiques exagérées.

C'est bien en effet du traitement des lésions pelviennes complexes, qui dérivent des infections génitales, presque toujours suppuratives à une période quelconque de leur évolution qu'il s'agit en réalité. En un mot c'est par ordre de fréquence du traitement de la salpingo-ovarite, de la péritonite pelvienne et de la paramétrite que nous entendons parler, sans rien préjuger sur la nature actuelle des processus qui reste fatalement obscure dans la clinique.

Cela est tellement vrai que les différents orateurs, et les rapporteurs américain et allemand eux-mêmes se sont affranchis de l'obligation étroite de n'envisager que le fait de la suppuration.

L'importance de la suppuration en cette matière est un fait indéniable. Sa fréquence est très réelle sans doute, puisqu'il n'est presque pas d'inflammation pelvienne qui ne comporte soit la sécrétion de muco-pus ou de pus, par la muqueuse tubaire, soit la production d'un exsudat septique purulent dans le péritoine pelvien, soit la suppuration de l'ovaire, etc. etc., soit la combinaison de ces différents processus.

En lisant le rapport si remarquable du Dr Bouilly on est sous l'impression d'un mirage séduisant mais qui malheureusement s'efface devant la réalité des faits.

L'auteur s'est efforcé de répondre par avance à notre préoccupation principale, en essayant de définir longuement la question des suppurations pelviennes, de l'entourer de telles garanties de diagnostic qu'il devait sembler très aisé ensuite d'en déduire des modifications thérapeutiques très nettes.

Malheusement l'application des règles est fort difficile et l'adoption précise d'un traitement déterminé avec une lésion également déterminée est rarement possible. Cette superposition exacte de

règles thérapeutiques à des espèces anatomiques est une illusion. Quant au fait même de la suppuration il a notablement décru d'importance depuis que ces deux lois ont été établies : 1° Les processus les plus graves et les plus virulents engendrent rarement le pus ; 2° Quarante pour cent environ des collections suppurées du bassin renferment un fluide stérile et sans action pathogène. (Consulter toutes les statistiques bactériologiques.)

Quant au diagnostic de la suppuration, si tant est qu'on veuille accorder à celle-ci une importance, et cela est juste, à quelques égards, avons-nous un guide certain et trouvons-nous dans les signes et les symptômes l'élément d'un diagnostic rigoureux, comme exige avec raison la première conclusion de M. Sänger ? Avec une grande franchise un des orateurs, M. Henrotin, a mis le doigt sur le point faible, en déclarant que les chances d'erreur, en sont de beaucoup supérieures aux chances d'un diagnostic certain. Mon opinion conforme n'a pas varié sur ce point, depuis les premières discussions sur le sujet.

Les symptômes généraux, le principal, la *fièvre,* nulle parfois quand le pus est formé et collecté, vive au contraire dès le prélude de l'infection et à chaque réaction péritonéale avec ou sans suppuration, ne donne aucune certitude absolue. La *Douleur* tantôt intense pour des lésions insignifiantes, tantôt insignifiante avec des grosses lésions, est d'une valeur tellement paradoxale et d'une interprétation si délicate que les cliniciens doivent renoncer à en tirer parti pour le diagnostic et pour le choix du traitement.

Les *phénomènes locaux* et objectifs comme l'existence d'une tumeur inflammatoire volumineuse variant d'aspect suivant la marche et la variation du processus inflammatoire lui-même, compacte, massive et adhérente aujourd'hui, souple, rénitente, fluctuante même quelques jours plus tard, ne sont pas davantage des éléments de diagnostic rigoureux.

L'*étiologie microbienne* est-elle un guide plus certain ?

Malheureusement non, puisque tous les microbes pathogènes reconnus dans les voies génitales, du moins les plus fréquents, sont de nature à déterminer la suppuration et de fait, cette suppuration existe à un moment quelconque et à un degré quelconque, dans toute infection pelvienne.

Ma première conclusion est donc que : sauf réserve, dans des cas très nets, que le clinicien rencontre de temps à autre, en dépit de la théorie et sur le terrain de la pratique, le traitement des suppurations

pelviennes se confond avec le traitement des inflammations pelviennes. Et telle a été la conclusion de la plupart des orateurs.

Ma deuxième conclusion est que ce traitement doit procéder suivant les règles générales et absolues de la thérapeutique, du simple au composé, des procédés bénins et conservateurs aux procédés de destruction.

Cette affirmation de ma part n'est pas nouvelle; elle date de 1889, au Congrès de Berlin, où j'ai affirmé très énergiquement la nécessité d'une gynécologie conservatrice et parcimonieuse des grands sacrifices en donnant à prévoir d'avance de quelles conséquences serait l'emploi abusif et irréfléchi de mutilations, qui détruisent l'intégrité des fonctions génitales de la femme.

Et depuis je n'ai pas cessé d'écrire et de combattre pour le triomphe de ce principe. La conservation de la fonction par la conservation des organes prime toute la thérapeutique gynécologique. Il a fallu sept ans pour qu'on arrivât à proclamer ce principe dans une grande assemblée de gynécologues. Aujourd'hui comme alors j'en revendique l'importante autorité, sans souci de diminuer la responsabilité de mes premières attaques contre les mutilations inutiles.

En vain on nous objectera des classifications, dont nous voyons tous le côté artificiel, en vain s'efforcera-t-on de circonscrire, en le précisant, le champ de chaque méthode opératoire, la tentation de l'erreur est là qui nous guette et tel cas guérit avec le traitement minimum pour lequel nous avions prévu le maximum.

D'autres sujets de controverse tout aussi importants pourraient se tirer de la discordance des discours et des faits.

Nous avons entendu hier des considérants d'une sagesse didactique parfaite; malheureusement il ne faudrait pas alors s'appuyer en même temps sur des statistiques et mettre à notre disposition des éléments de contrôle tels que les observations des malades. Car pour celui qui les lit et les analyse, il en ressort une constatation fâcheuse pour la prudence ou le logique discernement de quelques opérateurs.

Il suffit de les parcourir pour voir qu'elles ne peuvent servir de base à aucune discussion, sinon de nature exclusivement technique et opératoire. D'ailleurs les conclusions disparates des rapporteurs sur quelques points les plus importants démontrent la confusion et le désordre qui règnent dans la manière d'apprécier en principe et celle d'agir en réalité.

Je ne veux pas insister sur ce côté délicat de la discussion ni exagérer ces discordances.

Ce qui a paru manquer le plus en somme à l'établissement de préceptes raisonnables et mesurés pour le traitement, c'est la notion clinique de l'évolution des inflammations pelviennes, de la salpingo-ovarite en particulier, puisqu'elle est la plus fréquente.

Soit qu'elles tendent naturellement vers la guérison à travers une série de recrudescences qui s'atténuent progressivement.

Soit que, pour des causes diverses, les crises aiguës se perpétuent au delà du terme habituel de quelques mois et se compliquent d'accidents divers préjudiciables à la santé générale.

Soit qu'enfin la lésion se fixe, avec un caractère de permanence qui constitue la véritable chronicité, auquel cas il s'y ajoute souvent une étiologie qui réside en dehors du processus primitif lui-même et qu'il faut rechercher dans la constitution morbide antérieure des malades (tuberculose, syphilis, arthritisme, alcoolisme, etc.).

En résumé, le choix de la méthode d'intervention ne pouvant se déduire d'un diagnostic certain, qui est souvent impossible, ni d'un pronostic encore mal éclairci et d'ailleurs souvent faussé par un appareil symptomatique exagéré, ainsi que l'a merveilleusement décrit Bouilly, ni même des statistiques opératoires qui disent davantage la valeur comparative d'un procédé par rapport à un autre, jugée par le pourcentage de la mortalité; il faut en arriver forcément à ce principe de la graduation des opérations non pas *a priori* suivant l'aspect vrai ou faux des cas tels qu'ils se présentent, mais par la méthode quelque peu empirique des essais successifs, en procédant du simple au composé.

Cette méthode ne souffre aucune critique, car elle n'est contestable qu'en tant qu'elle serait dangereuse; or elle ne l'est pas, en thèse générale, et elle s'accorde merveilleusement avec les principes constants de l'art de guérir.

Il faut dès lors renoncer à tirer parti des statistiques où l'on voit les opérations *radicales d'emblée*, effectuées sans traitement conservateur préalable et, dans la catégorie du traitement conservateur je fais entrer toutes les méthodes opératoires, de la plus simple à la plus compliquée; qu'elles nécessitent les procédés de la petite ou de la grande chirurgie.

Que prouvent ces séries de deux et trois cents opérations radicales ? et quelle lumière pouvons-nous tirer des cas d'hystérectomie opérés quelques jours après l'entrée des malades à l'hôpital ? Elles ne nous apportent aucune information utile à l'étude et au progrès

de la question. L'hystérectomie en cela est moins utile encore à l'anatomie pathologique que la laparotomie.

Je n'éprouve aucune difficulté à l'avouer, le côté purement chirurgical de la question, la discussion des procédés et des méthodes d'ablation complète ou incomplète des organes est ce qui m'intéresse le moins. Tout *gynécologue* doit savoir aller *jusqu'au bout des indications*.

Il y a quatre ans, l'hystérectomie tendait à se substituer à la laparotomie ; il y a eu des protestations et des résistances, aujourd'hui on veut les mettre sur le même pied et on s'efforce de préciser les indications et de faire prévaloir les défauts de l'une à l'encontre des qualités de l'autre. Les uns préfèrent les fils, les autres les pinces, affaire de personnes, de goûts, de rivalités ; c'est le petit côté de la question.

En ce qui concerne ma statistique, elle me donne sur 15 hystérectomies une mortalité nulle et pour la dernière centaine de laparotomies le pourcentage général de 6 %. Qu'est-ce que cela prouve, les cas n'étant pas comparables ? absolument rien au point de vue des principes généraux. M. Bouilly a insisté justement sur la notion du siège des lésions pour décider, dans certains cas ; je retrouve là un argument que j'ai mis en avant au premier moment de la discussion, il y a six ans : aux lésions haut situées dans l'abdomen, la laparotomie de préférence.

En réalité, l'hystérectomie est plus prompte et plus simple grâce aux perfectionnements successifs. La laparotomie a cet avantage d'être plus méthodique et de procéder suivant les lois de la thérapeutique chirurgicale.

Elle permet de graduer l'acte opératoire, de mesurer les sacrifices nécessaires et d'extirper successivement ce qui ne peut être raisonnablement sauvé. L'ablation totale de la matrice et des annexes par la voie abdominale (méthode de Kelly, Delagénière), est tout aussi aisée que par la voie vaginale. Je l'ai pratiquée deux fois et avec succès ; un cas est publié ; l'autre est inédit.

Cette voie peut donc tout ce que peut la voie vaginale ; avec plus de mesure et avec une sécurité égale, quand il s'agit des mêmes cas graves, commandant les mutilations ; j'ajouterai qu'elle est incomparablement plus complète.

Le fait qui caractérise plus positivement l'évolution de la question en discussion, c'est le *retour en arrière*. Nous commençons à remonter une pente qui avait été descendue avec une rapidité vertigineuse.

Le pas en arrière est marqué par l'adoption plus générale de l'incision large du cul-de-sac vaginal postérieur ou du cul-de-sac antérieur. La première est une vieille méthode, une opération qui n'a pas d'âge, que nous n'avons jamais abandonnée au travers des entraînements successifs vers des méthodes plus nouvelles. M. Henrotin conclut à la guérison de 90 °/₀ des inflammations récentes, par ce procédé.

Je ne veux pas retenir le chiffre, mais il suffit que déjà on proclame le succès de cette opération si simple, pour que demain on songe à user de procédés plus simples encore, et à remettre à sa vraie place la *thérapeutique utérine* précoce quand la prophylaxie et l'expectation ont échoué. La *cœliotomie vaginale* antérieure est un procédé plus neuf, de réelle valeur, qui vient s'ajouter aux procédés conservateurs.

Il y a, dans ce domaine, de grandes conquêtes à faire. Malgré le pessimisme de Bouilly qui semble croire peu à l'unilatéralité des lésions, le chiffre considérable de grossesses survenues après des salpingo-ovarites doubles doit faire réfléchir et pousser à modérer les procédés destructeurs.

Le deuxième point acquis c'est la *tendance conservatrice* qui se déduit de la constatation précédente et que deux des rapporteurs ont à diverses reprises affirmée et sur la nécessité de laquelle ils ont justement appuyé. Elle s'est accrue ici-même de l'affirmation autorisée de la grande majorité des orateurs.

Cette tendance est logique ; fatalement elle devait trouver son heure ; elle ne peut tendre qu'à s'accentuer de plus en plus. La recherche de la vérité, en cette matière, est entre bonnes mains ; celles du gros public médical un instant médusé et obnubilé par des conceptions chirurgicales exagérées et celles des malades qui répugneront toujours aux grosses mutilations. Les premiers qui ne peuvent prétendre à guérir à l'aide des grandes opérations, rendront leur vraie place aux petits moyens, à la patience et au temps, et nous feront, à nous gynécologues, la part de plus en plus exactement circonscrite où un art plus élevé et plus difficile aura à s'exercer.

Quant aux malades, tous les jours, elles apprennent la valeur des mots, des choses et des gens ; la raison aidant, elles exigeront l'emploi des procédés conservateurs avant de consentir aux grands sacrifices pénibles et ce jour-là, on ne se plaindra pas que le champ de ces procédés soit trop varié ni trop vaste.

Elle reste cependant souvent insuffisante et incomplète. Il y a

toujours une part de hasard dans les résultats de cette opération, chaque fois qu'on laisse dans le bassin les annexes malades.

A la suite des premières protestations, vers la fin de 1891, l'hystérectomie s'est notablement améliorée par la modification heureuse apportée au premier temps de l'opération, c'est-à-dire l'ouverture préalable *préméditée* (non accidentelle) du cul-de-sac postérieur.

On a pu faire précéder l'ablation de l'utérus de l'exploration des annexes suspectes ; quelquefois éviter ou limiter leur ablation.

Je ne partage pas l'enthousiasme de quelques-uns pour les bénéfices prétendus de cette exploration préalable ; elle est souvent difficile et très incertaine, quelquefois absolument impossible.

La technique actuelle de l'hystérectomie est très perfectionnée, grâce à l'hémisection, à la libération haute et complète du col suivie de l'hémostase immédiate de l'utérine.

En dépit de tout cela, si elle tente quelques-uns, dans les cas graves et très anciens, elle est redoutée par d'autres dans les mêmes cas.

Cependant je la considère comme une intervention sûre et spécialement dans les *abcès chroniques* très vieux du bassin, avec infiltrations scléreuses des parois des organes et du paramétrium, et avec fistules anciennes. Elle reste malheureusement alors d'une certaine difficulté d'exécution, à l'égal de la laparotomie.

Sur ces points mon opinion n'a pas varié.

Je considère donc que, dans les plus mauvais cas d'infiltration chronique et scléreuse des tissus pelviens, avec fusionnement pathologique des organes, et semis de petites collections purulentes cloisonnées dont le siège est très profond, *la brèche utérine*, même si elle n'intéresse qu'une partie de l'organe, équivaut à une ouverture profonde et large au centre même des lésions.

Elle m'a donné dans ces cas quelques bons résultats.

D'ailleurs, ces formes pathologiques sont absolument exceptionnelles.

La discussion entre les deux voies garde toute son importance quand il s'agit des lésions pelviennes chroniques rencontrées le plus habituellement. La voie vaginale y montre ses défauts capitaux à côté des avantages de sa technique.

Son infériorité réelle réside dans ce qu'elle constitue presque toujours dès les premiers temps de l'opération une mutilation destructive et définitive, avant qu'il soit possible de juger anatomiquement de l'importance et du caractère des lésions annexielles d'après un examen consciencieux et *de visu*.

En cette matière la facilité d'exécution et les succès opératoires ne doivent pas faire oublier le caractère excessif de la méthode.

La bilatéralité des lésions n'est ni un argument, ni une excuse, c'est la nature et la certitude de leur incurabilité qu'il faudrait pouvoir invoquer, ce qui n'appartient pas à celui qui ne prend que des contacts imparfaits avec les organes malades. Et ceci est malheureusement la règle dans l'hystérectomie.

Les résultats obtenus par la simple cœliotomie vaginale dans les formes récentes de l'inflammation pelvienne permettent de supposer que les lésions un peu plus anciennes ne sont pas aussi définitives et incurables par le même moyen, et par les moyens d'action mieux limitée qu'offre la laparotomie. Il ne faut pas oublier les cas publiés autrefois par Terrillon, Richelot, et par moi-même, et bien d'autres, dans lesquels des masses pelviennes épaisses et adhérentes que l'on redoutait alors d'extirper par la laparotomie, ont pu guérir définitivement ; ni ceux qui, après rupture d'adhérences résistantes et ouverture de poches cloisonnées péri-annexielles laissaient apercevoir des lésions minimes de la trompe et de l'ovaire, refoulés par les exsudats.

Aujourd'hui on ne redoute point de libérer entièrement des organes tout aussi malades et de leur appliquer un traitement chirurgical conservateur, grâce à l'ouverture de l'abdomen.

M. **C. Jacobs** (Bruxelles). — J'ai personnellement insisté auprès du Comité d'organisation du Congrès pour que la question du traitement chirurgical des suppurations pelviennes fut remise à l'ordre du jour.

Présentée pour la première fois en discussion internationale au Congrès de Bruxelles, elle souleva à cette époque d'ardentes polémiques. Les traitements ont subi depuis, l'épreuve de l'expérimentation. J'ai la conviction que l'ensemble de la discussion actuelle viendra démontrer quelle est la thérapeutique de choix de ces multiples affections, quelle doit être la voie par laquelle nous pouvons, avec les plus grandes chances de guérison possibles, attaquer et vaincre l'infection.

Qu'elles soient *intra* ou *sous-péritonéales,* les collections purulentes que l'on range sous l'étiquette de **suppurations pelviennes** doivent être attaquées de préférence par les voies naturelles, par le vagin.

A. *Suppurations sous-péritonéales* ou *paramétrites, cellulites suppurées.* La paramétrite suppurée se rencontre généralement dans la puerpéralité, et se présente soit sous forme de cavités abcédées circonscrites dans le tissu cellulaire, soit sous forme d'infiltration phlegmonneuse du paramétrium; dans l'une et l'autre variété, l'indication première est de donner issue au pus par la voie d'évacuation la plus favorable. Si l'on est appelé à intervenir tardivement on peut être forcé de pratiquer des ouvertures d'évacuation, au-dessus du ligament de Poupart, vers la fesse, la cuisse, voire même comme nous dûmes le faire dans un cas, sous les fausses côtes; mais généralement l'intervention hâtive amène une guérison rapide par l'incision soit du cul-de-sac postérieur, soit des culs-de-sac vaginaux latéraux; par cette voie on va à la recherche du ou des foyers purulents, on provoque leur évacuation et l'on établit le drainage.

Il nous arriva d'être consulté par des malheureuses, souffrantes depuis des mois de ces paramétrites à foyers purulents multiples, dont la nature n'a pas voulu provoquer l'évacuation spontanée dans l'un ou l'autre viscère ou qui sont accompagnés de fistules multiples; l'utérus est immobilisé, les exsudats qui entourent les foyers purulents ont maçonné les viscères dans la cavité pelvienne, l'impotence est arrivée petit à petit, l'état général indique la cachexie prochaine.

Que l'on essaie l'ouverture des culs-de-sac vaginaux, le drainage du paramétrium, on n'obtiendra que l'établissement de fistules intarrissables. Ici, l'acte chirurgical ne peut plus se résumer dans l'incision et l'évacuation des foyers purulents, il doit aller plus loin et quoi qu'en aient dit les adversaires de la castration totale par le vagin, c'est dans ces cas malheureux que l'opération de Péan a obtenu ses plus brillants succès.

En d'autres termes, l'hystérectomie vaginale, qui se fait alors par morcellement, l'ablation aussi complète que possible des annexes, le drainage largement assuré du tissu cellulaire pelvien, constituent dans leur ensemble le seul moyen thérapeutique propre à amener la guérison de ces cas incurables.

En résumé, le traitement chirurgical de la cellulite suppurée consistera dans l'évacuation et le drainage des cavités purulentes si les infections sont récentes, dans la castration totale par le vagin si les cas sont anciens.

B. *Suppurations intrapéritonéales.* Elles se localisent dans le péritoine, l'ovaire et la trompe.

La *péritonite purulente* est un stade avancé de l'infection péritonéale. Son traitement de choix consiste dans l'ouverture de la paroi abdominale, le lavage de la cavité et le drainage, soit par l'abdomen, soit par le vagin par une contre ouverture pratiquée dans le Douglas. Peut-être pourrait-on se contenter d'une large ouverture du cul-de-sac de Douglas et du drainage par cette voie.

Dans tous les cas où je pratique l'ouverture du Douglas, j'utilise uniquement le thermo-cautère afin d'éviter, comme l'a fait remarquer Sänger, les infections secondaires des plaies faites au bistouri.

Si la péritonite est occasionnée par une hématocèle intra-abdominale qui passe à suppuration, mieux vaut se contenter de l'ouverture du Douglas et du drainage par cette voie.

J'ai obtenu par ce traitement des guérisons rapides. Les quelques cas de péritonite infectieuse que j'ai traité par la laparotomie ne m'ont donné que des insuccès, l'infection étant toujours généralisée au moment de l'intervention.

Ovaire. La fonte purulente de l'ovaire, généralement d'origine puerpérale, se rencontre fréquemment sans lésions purulentes de la trompe. Elle est uni- ou bilatérale. La propagation infectieuse se fait par voie lymphatique. Si l'infection est due au gonocoque, au bacterium colli, au bacille de Koch, le pyosalpinx l'emporte sur la lésion ovarienne, et très souvent l'abcès tubaire est en communication avec la poche ovarienne. Dans ces cas, les lésions sont généralement bilatérales.

Suivant les cas, la thérapeutique sera conservatrice ou radicale. La voie d'attaque sera ici encore de préférence le vagin. Par l'ouverture du Douglas ou l'ouverture du cul-de-sac antérieur dans les cas d'altérations unilatérales, on arrive aisément à l'organe malade, on peut l'isoler de ses adhérences, l'amener au dehors et en pratiquer l'ablation. S'il y a écoulement de liquides purulents pendant l'opération, la voie d'évacuation est toute indiquée, le drainage consécutif se fait facilement. Les résultats curatifs sont très bons, lorsque la trompe est saine. L'extirpation par la cœliotomie offre des dangers d'infection plus grands, des difficultés sérieuses d'exécution et surtout de drainage post-opératoire, ce qui doit nous faire préférer la voie vaginale.

Si la lésion ovarienne est bilatérale, nous rejettons absolument la voie abdominale, pour conseiller l'extirpation vaginale totale.

Trompe. Les affections purulentes de la trompe demandent l'intervention radicale; la ponction, l'évacuation et le drainage ne donnant

que des améliorations passagères, l'établissement de fistules intarrissables, en conséquence des guérisons incomplètes. Si tant est que l'acte chirurgical doit guérir les malades, mieux vaut l'extirpation d'un organe perdu au fonctionnement normal, qu'une intervention moins mutilante, mais qui laisse les malades dans une situation misérable, sans parler des dangers auxquels elle les expose.

Lorsque l'abcès tubaire est unilatéral, on peut tenter la guérison par l'ablation annexielle unilatérale.

Le pyosalpinx étant d'origine infectieuse, et la propagation de l'infection se faisant par les muqueuses, il est rare de rencontrer la localisation aux annexes d'un seul côté. L'infection par le gonocoque, le streptocoque, le bacille de Koch donne lieu à des lésions bilatérales. Le bacterium colli peut ne se rencontrer que d'un côté, l'infection ayant son point de départ dans l'appendicite. Si nos moyens d'investigation nous permettent de croire à l'existence de lésions unilatérales, leur ablation peut se faire par le vagin ou par l'abdomen.

L'ovaro-salpingectomie abdominale unilatérale donne de bons résultats. L'extirpation par un des culs-de-sac vaginaux est une opération plus délicate, d'exécution plus difficile, mais dont les résultats sont au moins aussi bons que ceux de l'opération abdominale.

Dans l'une et l'autre opération, il est nécessaire de pratiquer le curettage de l'endométrium et sa désinfection.

Malheureusement, il n'est pas rare de voir, peu de temps après l'extirpation unilatérale d'un pyosalpinx, les annexes respectées devenir le siège de lésions semblables. Ce qui amène le chirurgien à devoir recourir à une deuxième intervention.

Celle-ci consistera de préférence dans une opération vaginale (hystérectomie et ablation annexielle).

Lorsque l'abcès tubaire est bilatéral, devons-nous donner la préférence à l'extirpation partielle par l'abdomen, ou à l'extirpation totale soit par l'abdomen, soit par le vagin ?

Etant prouvé aujourd'hui que les opérations radicales, j'entends par là l'extirpation de l'utérus et des annexes, ne sont pas plus dangereuses que les opérations partielles (ovaro-salpingectomie), la solution de cette question réside, me semble-t-il, dans l'observation prolongée des résultats donnés par les deux méthodes.

Les résultats que j'ai personnellement suivis après l'ovaro-salpingectomie abdominale m'ont démontré que dans le pyosalpinx bilatéral l'infection n'est pas localisée aux trompes ; elle siège dans

l'utérus, parfois dans le tissu cellulaire péri-utérin. L'ablation des trompes et ovaires ne suffit pas à guérir cette infection. Aussi, voit-on celle-ci continuer ses ravages, venir contaminer les ligatures et les sutures et donner lieu à des inflammations à répétition. Certes, les malades voient revenir assez rapidement la santé, par le fait de l'enlèvement de foyers purulents localisés, mais elles continuent à souffrir. L'utérus reste le siège d'endométrites douloureuses et rebelles, que le curettage ne guérit pas. Et d'ailleurs combien peu les chirurgiens se soucient de la muqueuse utérine lorsqu'ils pratiquent l'ovaro-salpingectomie abdominale bilatérale! Le curettage ne guérit pas, parce que l'infection de la muqueuse nouvelle se fait par la portion de la trompe que l'ablation de l'organe n'a pu enlever. Ces malades ont des métrorrhagies, marchent difficilement, ne peuvent se livrer à aucun travail, ont des pertes blanches abondantes, des crises douloureuses qui les tiennent alitées, etc. etc.

S'il est vrai qu'une proportion assez grande de ces malades supportent sans plus se plaindre ces suites opératoires signalées comme guérison absolue dans les statistiques, il en est par contre un bon nombre que la crainte d'une nouvelle opération éloigne pour toujours de l'opérateur.

A côté de guérisons définitives, absolues, on peut signaler des cures imparfaites nombreuses, que nous ne pouvons évaluer à cause de l'impossibilité de contrôle.

L'extirpation totale donne des résultats plus brillants, plus constants, la guérison est radicale, définitive. Les malades se plaignent de phénomènes inhérents à la ménopause, mais ne souffrent plus. L'affirmation peut être nette, car rien n'est plus facile que de rechercher et de revoir ces malades. L'opération radicale par le vagin est plus difficile. Elle offre certains dangers immédiats : lésions de la vessie, des uretères, mais l'habitude de la voie vaginale rend ces dangers très rares. La blessure de l'uretère est signalée à ma clinique à la fréquence de 1 %.

J'estime donc que dans les lésions purulentes bilatérales annexielles l'opération doit être radicale, que la guérison absolue n'est obtenue qu'au prix de l'ablation de l'utérus et des annexes. Je manque d'arguments personnels pour discuter si cette extirpation totale doit se faire plutôt par l'abdomen que par le vagin, n'ayant jamais pratiqué la castration totale par l'abdomen dans les suppurations annexielles. Je l'ai vue faire avec beaucoup d'habileté par nos confrères américains. Je suis personnellement partisan de la voie vagi-

STATISTIQUE GÉNÉRALE

Opérations abdominales.			Opérations vaginales.			
OPÉRATIONS	Chiffre	SUITES OPÉRATOIRES	OPÉRATIONS	Chiffre	Mortalité	SUITES OPÉRATOIRES
Cellulites ou Paramétrites suppurées.						
Incisions diverses des parois abdominales. — Drainage.	8	8 guérisons.	Incisions des culs-de-sac vaginaux. Drainage.	37	1	6 castrations vaginales totales. 6 grossesses à terme.
			Castration vaginale totale.	27	0	26 guérisons. 1 ovariotomie per vaginam, deux ans après.
Péritonites suppurées.						
Cœliotomie. — Lavage de la cavité abdominale. — Drainage.	11	9 décès. — 2 guérisons.	Ouverture du Douglas. — Drainage.	3	2	1 guérison.
Hématocèles suppurées.						
			Ouverture du Douglas. — Drainage.	9	1	8 guérisons.
Abcès de l'ovaire.						
Ovariotomie sans drainage.	4	4 guérisons.	Ablation de l'ovaire par l'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur. Drainage.	9	1	8 guérisons.
Ovariotomie avec drainage par l'abdomen.	2	2 guérisons.	Castration vaginale totale pour lésions bilatérales.	7	0	7 guérisons.
Pyosalpinx et abcès de l'ovaire.						
Ovarosalpingectomie unilatérale sans drainage.	32	21 guérisons maintenues. 11 récidives du côté respecté. 4 castrations vaginales totales.	Ovarosalpingectomie unilatérale par l'ouverture du Douglas.	21	0	2 castrations vaginales totales pour récidive du côté respecté. 19 guérisons opératoires.
Ovarosalpingectomie unilatérale avec drainage.	1	Décès après 7 mois tuberculose généralisée.	Castration vaginale totale (utérus et annexes).	492	9	383 guérisons définitives. 2 fistules urétérales guéries par néphrectomie.
Ovarosalpingectomie bilatérale sans drainage.	194	188 guérisons opératoires. 6 décès.	Castration vaginale avec abandon des annexes.	14	2	12 guérisons définitives. 1 fistule vésico-vaginale guérie spontanément. 2 fistules entéro-vaginales guéries spontanément.
Ovarosalpingectomie bilatérale avec drainage.	7	6 guérisons opératoires. 1 décès.	Ponction et drainage d'abcès tubaires.	4	0	1 guérison. 3 fistules intarrissables.
	259			623	16	

nale dans tous les cas, à cause de la proximité plus grande des lésions, la facilité du drainage et la contamination moins aisée du péritoine, la rapidité de l'opération, la bénignité des suites opératoires.

J'appuie les quelques réflexions précédentes sur 882 observations personnelles dont on verra les détails dans le tableau ci-joint. Elles ont trait aussi bien aux opérations conservatrices qu'aux opérations radicales, aux opérations abdominales qu'aux opérations vaginales. J'ai noté en toute sincérité les résultats que j'ai obtenus et qui m'ont donné la conviction du bien fondé des idées que je viens de vous exposer.

Permettez-moi, en terminant, d'attirer quelques instants votre attention sur un détail de technique opératoire concernant l'hystérectomie vaginale. La forcipressure appliquée à cette opération l'a mise à la portée de tout le monde, a réduit sa mortalité à un pourcentage tel que nous la préférons aux opérations pratiquées par l'abdomen. Il est de règle, de laisser les pinces à forcipressure à demeure pendant 24—36 ou 48 heures après l'opération, de favoriser le drainage de la cavité pelvienne au moyen de bandelettes de gaze introduites presque dans le pelvis, au milieu des instruments.

J'ai observé parmi les décès que je signale à la suite de mes opérations, quelques cas de péritonite infectieuse et je crois que bien des cas de mort signalés par d'autres comme dus à des obstructions intestinales, n'ont d'autres causes que l'infection péritonéale, favorisée par le séjour prolongé des pinces, ou par l'inflammation, localisée au début, provoquée par le drainage du pelvis. Depuis environ 6 mois j'ai adopté une modification importante à la technique. Je pratique toujours l'opération au moyen de la forcipressure, mais l'ablation de l'utérus et des annexes terminée, je remplace immédiatement les pinces par autant de ligatures à la soie.

L'opération terminée, je place sur le pédicule du ligament large serré dans chaque pince une forte ligature à la soie que je serre au fur et à mesure qu'un aide desserre la pince. Je place ainsi autant de ligatures qu'il y a de pinces — en général 3 de chaque côté — et les chefs, laissés très longs, demeurent dans le vagin. Ces ligatures tombent au bout de 12 à 16 jours.

Lorsque au cours de l'opération il n'y a pas eu épanchement de pus dans le pelvis, j'estime que le drainage consécutif est inutile. J'amène dès lors la coaptation des surfaces péritonéales et vaginales

des culs-de-sac antérieur ou postérieur, au moyen de 2-3 points de suture à la soie passés dans la muqueuse vaginale antérieure, le péritoine du cul-de-sac antérieur, le péritoine du cul-de-sac postérieur et la muqueuse vaginale postérieure. Les chefs des ligatures placés sur les ligaments larges sont coupés près des pédicules, ceux-ci remontent dans le pelvis et le vagin est refermé, en serrant les sutures vaginales.

Si le drainage est jugé nécessaire, je ne place qu'une seule suture au milieu des culs-de-sac. Quand on l'a serré ce point laisse place suffisante sur les côtés pour le passage des moignons des ligaments larges — le long desquels le drainage du pelvis est suffisamment assuré pendant les premiers jours.

Cette suppression des pinces à demeure, enlève par le fait la plupart des dangers immédiats de l'opération : obstruction intestinale, infection péritonéale — les douleurs subséquentes sont nulles — les pansements deviennent rares.

Cette modification de l'hystérectomie rend cette opération bénigne et permettra d'espérer une mortalité inférieure à celle des opérations pratiquées par l'abdomen.

M. le Prof. **Döderlein** (Leipzig). — Der Ausdruck, « *suppurations pelviennes,* » muss unbedingt fallen gelassen werden, da er sowohl bei der Behandlung der Frage wie der Kranken verwirrt und irreführt. Extraperitoneale und intragenitale Infektionserkrankungen stellen so verschiedene Krankheiten dar, dass sie nach jeder Richtung getrennt werden müssen.

Unter den letzteren ist es eigentlich nur die gonorrhöische Pyosalpinx und das Pyovarium, das allgemeiner Discussion unterstehen kann. Sonst stossen wir auch hier auf so grosse individuelle Verschiedenheiten, dass man in jedem Falle einen besonderen Operationsplan befolgen muss. Sind die Organe, Tuben und Ovarien vereitert, so giebt es nur eine Möglichkeit, die Gesundheit wieder herzustellen, das ist die völlige Entfernung der kranken Theile. Alle Bestrebungen und Versuche, solche zerstörten Genitaltheile zu erhalten sind a limine abzuweisen ; Incision, Punction und Injection führen hier niemals zu einem guten Ziele. Unsere Aufgabe kann hier nur sein, die völlige Entfernung der kranken Organe anzustreben. Dabei aber immer gleich die gesammten Genitalien durch die sogenannte Radicaloperation exstirpiren zu wollen, geht

entschieden zu weit. Ich möchte hier der eventuellen Erhaltung des Uterus sehr energisch das Wort reden, besonders wenn es sich um jugendliche Individuen handelt. Auch darin stimme ich mit Herrn Sänger völlig überein, dass wir den Uterus nicht grundsätzlich als ganz gleichgültiges Organ ansehen sollen, auch wenn mit dessen Erhaltung nur psychische Einflüsse erstrebt werden. Der Eindruck des Fehlens jedweder Genitalerscheinungen in Verbindung mit den oft recht stürmisch auftretenden Ausfallsymptomen zerstört den durch Radicaloperation gesund gewordenen Frauen die Lebensfreude in bedenklichem Grade. Meine Erfahrungen gehen dahin, dass es keineswegs immer nöthig ist, bei Exstirpation der gonnorhoischen Pyosalpinx den Uterus mit fortzunehmen ; will man aber radical per vaginam operiren, so möchte ich die Péan'she Operation mit Zerstückung des Uterus den andern Verfahren vorziehen.

Für die *nicht mehr* eitrigen Adnexerkrankungen empfehle ich ganz besonders die Colpo-Cœliotomie anterior oder posterior, ein Verfahren, das hier zweifellos eine grosse Zukunft hat. Ich möchte namentlich die französischen Collegen bitten, sich dieser Operation zuzuwenden, sie werden dann viele Fälle finden, wo sie die bisherige Radicaloperation durch conservative und ebener zur Heilung führende Eingriffe ersetzen können.

Endlich möchte ich noch der Jodoformgaze-Tamponade und -Drainage bei Beckenfistel mit Herausleitung und späterer Entfernung durch die Scheide bei Entfernung eitriger Tubo-Ovariensäcke, wobei so oft unvermeidlicher Weise Eiter in die Becken-Bauchhöhle einfliesst, das Wort reden, da ich in ihr in der That ein unfehlbares Mittel zur Stillung parenchymatöser Blutungen aus dem Beckenperitoneum und zur Ableitung infectiöser Secrete sehe. Die Mikulicz'sche Beuteltamponade soll wegen der dadurch gesetzten Schädigung der Bauchwunde immer durch die Drainage nach der Scheide zu ersetzt werden.

M. **Pichevin** (Paris). — Je tiens tout d'abord à protester contre une légende qui tend à s'établir et d'après laquelle je me serais posé nettement en adversaire résolu de l'hystérectomie vaginale. M. Segond m'a fait l'honneur de me citer à plusieurs reprises et prenant texte d'un travail paru en 1891, il me range dans le camp des ennemis de la castration utérine. Je crois qu'il est nécessaire de rétablir les faits, d'autant plus que M. Segond a consigné son opinion

dans un ouvrage classique et que son élève Baudron a reproduit, en les envenimant quelque peu, les paroles du maître.

Lafourcade, accentuant encore la note, déclare que je « repousse complètement l'hystérectomie vaginale. »

Or, en 1891, c'est-à-dire à l'aurore de la vulgarisation de la castration utérine, M. Segond n'avait guère rallié à ses idées que MM. Nelaton et Reclus et l'hystérectomie vaginale avait été atteinte par l'excommunication majeure prononcée par un des gynécologues français les plus distingués, sans parler de la réprobation de la quasi unanimité des collègues de M. Segond.

Dans l'article, visé par MM. Segond et Baudron, que j'ai écrit à cette époque, c'est-à-dire en 1891, je posais les conclusions suivantes :

L'hystérectomie vaginale convient aux cas de suppurations larges, diffuses, éparpillées dans des loges multiples qui entourent l'utérus et qui sont difficilement énucléables. La même opération est applicable aux femmes ayant des fistules qui font communiquer une poche suppurée du bassin, soit avec l'ombilic, soit avec la vessie ou encore avec le vagin. Enfin la castration utérine est une dernière ressource que l'on doit tenter quand l'extirpation des annexes par la voie abdominale n'a pas donné un résultat satisfaisant.

Mais les salpingites catarrhales parenchymateuses, les hématosalpinx, les grossesses extra-utérines, les grandes poches salpingiennes suppurées, etc., guérissent très bien quand elles sont traitées convenablement par la voie abdominale.

Il n'y a donc pas lieu de reléguer la laparotomie au rang des opérations démodées et inapplicables aux affections ovaro-salpingitiques.

J'ai consigné exactement les mêmes conclusions dans ma communication au Congrès de Bruxelles.

Je ne crois donc pas que l'on puisse écrire avec justice que je repousse résolument l'hystérectomie vaginale dans le traitement des affections des annexes.

La vérité est que j'ai cru, à cette époque, qu'il fallait réagir contre un enthousiasme facile à comprendre et qui ne tendait à rien moins qu'à substituer l'hystérectomie vaginale à la laparotomie, non pas seulement dans le traitement des suppurations pelviennes mais dans la cure de l'immense majorité des cas d'affections des annexes.

Les résultats annoncés par M. Péan en 1892 étaient absolument merveilleux. La mortalité opératoire était réduite à 6,6 pour 1,000 et cette statistique ne comprenait que les cas de suppuration bilaté-

rale grave. En outre le protagoniste de la castration utérine proclamait que la guérison de ses opérées était absolument définitive dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire davantage.

Je tiens à faire remarquer que la nouvelle statistique de M. Péan est bien moins belle que celle qu'il avait produite en 1892. La mortalité au lieu d'être de 6,6 pour 1,000 s'est élevée à 30 pour 1,000.

En 1891 l'hystérectomie vaginale n'avait pas encore acquis ce degré de perfection auquel on est arrivé aujourd'hui par d'heureuses modifications dans la technique opératoire. L'hystérectomie, dès qu'elle était commencée, compromettait définitivement la ponction et je m'appuyais non seulement sur mon expérience personnelle mais sur l'autorité indiscutable d'un maître qui disait en 1891 :

« La laparatomie seule permet le diagnostic précoce des lésions « et donne en conséquence la possibilité de guérir les malades tout « en leur conservant l'intégrité de leurs fonctions sexuelles.

Et ailleurs il ajoutait : « Le doute doit alors profiter à la *laparo-* « *tomie,* seule *capable de reconnaître* l'erreur, avant qu'elle soit irré- « médiable. »

Telle était l'opinion de M. Segond en 1891, c'est-à-dire l'année même où l'article incriminé a été écrit.

C'est en 1892 seulement que M. Segond a répondu aux objections pressantes qui lui étaient faites, en particulier par MM. Bouilly et Pozzi et qu'il signalait pour la première fois une modification à sa technique, modification qui consistait à pratiquer l'incision vaginale postérieure dans le but d'explorer la cavité pelvienne avant l'ablation de l'utérus.

Byford insistait à peu près à la même époque, sur la nécessité de l'élytrotomie exploratrice dans tous les cas où l'hystérectomie semblait être indiquée.

Quoiqu'il en soit, il faut reconnaître avec la plus entière franchise que l'hystérectomie vaginale a gagné du terrain depuis 1892 et que ce terrain acquis légitimement doit être conservé à titre définitif.

Si la castration utérine a conquis une place plus grande dans la pratique gynécologique française, c'est qu'on a mieux appris à explorer par la voie vaginale, et à l'habileté plus grande des opérateurs, c'est que l'on peut maintenant, grâce à des artifices de technique, être conservateur et respecter parfois l'utérus quand on reconnaît une erreur, au début de l'hystérectomie, c'est que la cas-

tration utérine est en thèse générale, plus bénigne que la laparotomie dans les cas de suppuration pelvienne, c'est qu'enfin elle donne des résultats non pas toujours parfaits, mais meilleurs que la laparotomie, dans des cas analogues, c'est-à-dire quand la suppuration est large et diffuse.

En 1892, dans la communication que j'avais faite au Congrès de Bruxelles, j'avais avancé qu'il fallait tenir compte du *siège* des lésions dans l'étude des indications. Il m'avait semblé que les abcès haut situés ne devaient pas être traités par l'hystérectomie.

La bilatéralité des lésions n'était pas, à mon avis, toujours facile à diagnostiquer, même à l'aide de l'élytrotomie postérieure et l'on pouvait se tromper sur la *nature* de la tumeur (kyste ovarique au lieu de pyosalpingite ou d'ovarite suppurée). Aussi je disais que la laparotomie était indiquée dans un assez grand nombre de cas, parce qu'elle permettait de conserver l'utérus et les annexes d'un côté, ce qui a une certaine importance, il faut bien l'avouer.

Le lumineux rapport de M. Bouilly me dispense de longs commentaires. J'adopte complètement les indications de l'hystérectomie, de la laparotomie, de l'incision du cul-de-sac et l'ablation des annexes par la voie vaginale, telles qu'elles ont été posées par notre très distingué maître.

La colpotomie postérieure a enlevé à l'hystérectomie une partie du champ opératoire qui avait été gagné par la castration utérine sur la laparotomie.

Ce résultat est dû à M. Laroyenne, à ses disciples, à M. Bouilly et à mon maître le professeur Le Dentu qui, dans un travail remarqué, attira l'attention sur la valeur de l'incision du cul-de-sac postérieur, à une époque où la colpotomie postérieure était l'objet d'un dédain superbe de la part des laparotomistes et des hystérectomistes.

En thèse générale, il faut éviter de toucher aux lésions récentes, et s'il y a nécessité, se contenter de diagnostiquer les lésions par la colpotomie autant que faire se peut.

Quand les lésions sont nettement bilatérales, incurables et ont résisté à l'épreuve du temps et d'une thérapeutique conservatrice, ou quand la suppuration existe incontestablement dans des poches multiples, c'est à l'hystérectomie qu'il faut recourir. Toutes les fois qu'il y a du pus, j'avoue ma préférence pour la voie vaginale. Mais si la lésion est unilatérale et même chez les femmes jeunes, quand les annexes d'un côté sont malades et la trompe et l'ovaire de l'au-

tre côté sont augmentés de volume, douloureux au palper combiné au toucher, je préfère inciser l'abdomen pour essayer de conserver une trompe et un ovaire.

Mon maître, le Professeur Le Dentu et moi, nous avons observé 4 grossesses qui ont suivi l'ablation unilatérale des annexes.

On sera souvent tenté de faire l'hystérectomie vaginale, mais il y a un inconvénient grave, c'est que, malgré l'exploration systématique par la boutonnière vaginale postérieure, on risque d'enlever inutilement un utérus. Cependant, dans certains cas, la cœliotomie vaginale antérieure peut être utilisée pour parfaire le diagnostic.

En somme, on doit passer par la voie hypogastrique pour atteindre les annexes toutes les fois qu'il y a doute sur le siège et la nature des lésions. Peut-être doit-on donner à la laparotomie une extension plus grande que celle qui lui est généralement accordée en France ; il faut augmenter le champ opératoire de l'incision vaginale et restreindre un peu la part trop considérable qu'occupe l'hystérectomie entre les mains de quelques gynécologues français.

M. **Adenot** (de Lyon). — Le débridement vaginal des collections pelviennes d'après la méthode de M. Laroyenne est définitivement accepté comme traitement de choix dans un très grand nombre de cas. Peu importe du reste que la collection soit abordée avec le trocart et le métrotome ou bien avec le bistouri. Ce qui caractérise la méthode, c'est une ouverture large de l'abcès et un drainage continu assuré. C'est déjà, dit M. Le Dentu, presque l'opération dite de Péan moins l'extirpation de l'utérus. Le trocart flexible nous a toujours paru très commode à main et très sûr, mais il ne faut pas oublier que la ponction au moyen du trocart ne constitue que le premier temps de l'opération et doit être toujours suivie de la section large des tissus. C'est à tort que quelques auteurs parlent encore de cette méthode comme d'une simple ponction et M. Gouilloud s'est déjà élevé contre cette fausse interprétation.

MM. Bouilly, Le Dentu, Tuffier, etc., en acceptant le principe de la méthode dans un grand nombre de cas, ont depuis largement contribué à faire triompher les idées de thérapeutique chirurgicale conservatrice appliquée à la cure des abcès pelviens. Enfin, les observations de grossesse chez des malades opérées dans ces conditions se

multiplient et donnent un singulier appui à cette méthode conservatrice en général.

Dans une trentaine de cas personnels nous avons appliqué le procédé du débridement vaginal. Plusieurs fois nous nous sommes décidés à cette intervention éminemment bénigne, aprés avoir hésité à lui préférer une laparotomie ou une hystérectomie vaginale. Nous nous sommes toujours félicité d'avoir donné la préférence au large débridement vaginal.

Nos observations comprennent pourtant des cas de gravité très diverse. La plupart se rapportent à des malades porteurs de ces abcès à consistance ligneuse, à évolution subaiguë ou chronique avec poussées intermittentes, qui sont ceux pour lesquels un certain nombre d'opérateurs conseillent encore des opérations radicales certainement moins inoffensives que le large drainage par la voie vaginale. Dans la moitié de nos observations il s'agissait d'abcès multiples, à poches superposées ou juxtaposées ce qui constitue encore une des plus heureuses applications du débridement vaginal. La ponction et le débridement donnent issue souvent alors à des liquides de nature différente (sérosité et pus) successivement.

Nous n'avons perdu aucune de nos malades du fait de l'intervention. Nous n'avons jamais eu d'accident important. Trois fois une hémorrhagie assez abondante par section de l'utérine ou d'une de ses branches fut rapidement arrêtée au moyen de la compression par une éponge aseptique introduite dans la cavité de l'abcès. Nous n'avons jamais observé de section intestinale ou urétérale. Il suffit d'ailleurs pour les éviter de bien observer les règles de l'opération, règles parfaitement posées et qu'il est inutile de rappeler. On a traité cette opération, d'intervention aveugle. C'est bien à tort. L'exploration soigneuse des limites de l'abcès permet de le ponctionner sans crainte.

Le trocart donne une grande sûreté. Il faut faire exercer une pression légère mais ferme sur le ventre par un aide afin de fixer la région. Pendant ce temps la main gauche de l'opérateur délimite la collection et protège le rectum au moyen du médium introduit dans cette cavité tandis que l'index reste dans le vagin. On peut ainsi ouvrir de petites collections qui paraissaient auparavant inaccessibles. Nous avons encore ouvert et drainé de cette manière un kyste dermoïde suppuré qui contenait des cheveux blancs et une poche remplie de caillots sanguins que nous avons cru être une grossesse extra-utérine.

Bien que le débridement vaginal nous semble suffisant et très efficace dans le plus grand nombre des cas, il peut être parfois nécessaire de recourir à des opérations plus radicales. Deux fois dans des salpingo-ovarites suppurées bilatérales compliquées de fibrome du volume d'une mandarine et plus, nous avons pratiqué l'opération de Péan-Segond. Les deux malades ont guéri.

En résumé, dans tous les cas de suppuration pelvienne que nous avons eu à opérer nous avons emprunté la voie vaginale estimant que dans la très grande majorité des cas le débridement simple et large des collections donne un excellent résultat immédiat et éloigné. Si dans quelques cas exceptionnels il sera nécessaire de pratiquer par cette voie l'extirpation des annexes ou même de l'utérus, c'est encore plus rarement que le chirurgien sera obligé de recourir à la laparotomie.

M. **Acconci** (de Gênes). — Messieurs, l'année passée j'ai fait à la réunion de Rome de la Société italienne d'obstétrique et gynécologie une communication sur une série non choisie de 100 hystérectomies vaginales pour indications variées, suivies de résultats favorables.

Comme parmi ces 100 hystérectomies et autres du même genre opérées ultérieurement dans 45 cas, les hystéro-ovaro-salpingectomies ont été indiquées pour des cas de suppurations pelviennes, je crois pouvoir prendre la parole sur la question actuellement en discussion et apporter ainsi ma modeste contribution aux statistiques. Les raisons qui m'ont guidé dans le choix de la méthode opératoire sont les mêmes qui ont été si bien analysées dans le rapport très complet de M. Sänger[1].

Pour le choix de la méthode opératoire dans ces cas, je ne crois pas qu'on puisse donner la préférence absolue à la laparotomie ou bien à l'hystérectomie vaginale, mais le choix de la méthode doit être toujours subordonné aux exigences du cas. Mais lorsque l'une ou l'autre de ces méthodes est également applicable, pour mon compte, encouragé par les résultats obtenus par l'extirpation vaginale, je donne naturellement la préférence à cette dernière opération.

[1] C'est-à-dire : les suppurations graves des annexes, du péritoine pelvien, du tissu cellulaire conjonctif du petit bassin, lorsque ces dernières affections coexistent avec une affection grave, néoplasique ou inflammatoire de l'utérus.

Le président, M. *Pasquali,* offre la parole à MM. les rapporteurs avant de déclarer close la discussion sur la question des « Suppurations pelviennes. »

M. *Bouilly* déclare n'avoir rien à ajouter à ce qu'il a dit dans son travail.

M. **Sänger.** — Ich will versuchen, in einem kurzen *Schlusswort* das Ergebnis der Discussion zusammenzufassen. Allgemein wird zugestanden, dass in der Behandlung der Beckeneiterungen verschiedene Operationswege und Operationsmethoden eingeschlagen werden müssen, nämlich die Incision, die Entfernung der vereiterten Adnexa mit und ohne Uterus sowohl auf abdominalem wie auf vaginalem Wege. Alle Redner haben sich bemüht, so conservativ wie nur möglich zu erscheinen : *Bouilly, Richelot, Reynier, Henrotay. Doléris, Cœlho, Adenot*, — selbst *Segond.*

Das ist schon ein sehr bemerkenswerthes Ergebnis gegenüber der früheren Stimmung von 1892. Für eine Bevorzugung des abdominalen Operationsweges traten, natürlich ausser uns Deutschen, *Leopold* und *Döderlein, Delagénière* und *Doléris* ein.

Was die von Einzelnen mitgetheilten Operationsresultate nach vaginaler Hystero-Salpingo-Oophorectomie anbelangt, so haben wir Zahlen gehört, die in ihrer ungünstigen Höhe — 7-10% Mortalität — mich doch überrascht haben. Da ergeben denn die abdominalen und conservativen Operationen sehr wesentlich bessere Zahlen, wenigstens in Deutschland.

Sehr anzuerkennen ist es, dass *Péan* die entfernteren Resultate seiner Operationen verfolgt und uns hier vorgelegt hat. Da war ich nun vor Allem über die grosse Zahl von Fisteln überrascht, aber auch über die vielen und schweren anderen Complicationen, wie sie wohl in erster Linie auf unvollständige Entfernung der vereiterten Adnexe zurückzuführen sind. Es ergiebt sich hieraus, dass nach vollendeter und nicht vollendeter vaginaler Radicaloperation schliesslich eben so viele, eben so schwere Folgeerscheinungen auftreten können, wie man dies den abdominalen Operationen vorwirft.

Zur Technik der vaginalen Hysterectomie — so waren wir Zeugen einer heftigen Auseinandersetzung zwischen *Péan* und *Doyen.* Wir müssen diesen Streit als ein rein persönliches Duell ansehen. Aber wir haben doch ein Interesse dabei, nämlich zu fragen, auf

welcher Seite der Vortheil einer besseren Technik gelegen ist. Und da möchte ich unbedingt auf die Seite von *Doyen* treten. Sein Verfahren der vorderen Medianspaltung des Uterus, der Unterlassung jeder präventiven Blutstillung bedeutet den grössten Fortschritt, den die Technik der vaginalen Hysterectomie in den letzten Jahren gemacht hat, was die Verdienste *Péan's* nicht zu schmälern braucht. Wenn daher *Segond* vorhin behauptete, dass bei Auslösung des Collum Uteri stets die Gefässe der Basis ligamenti lati verletzt würden, wesshalb sie präventiv abgeklemmt werden müssten, so bestreite ich das ganz entschieden : Man braucht keineswegs bis zu den Vasa uterina vorzudringen, auch nicht in den schwierigsten Fällen von Hysterectomie, wobei es stets gelingt, den Uterus und meist auch die Adnexa ohne jede präventive Blutstillung nach *Doyen* (oder *P. Müller*) zu entwickeln.

Als Endergebnis lässt sich gewiss mit Befriedigung constatiren, dass eine gegenseitige Annäherung und Verständigung in vielen Punkten erzielt worden ist, namentlich in Richtung gegen den Radicalismus und für den Conservatismus. Wird auf diesem Wege weitergefahren, so braucht das Thema der Behandlung der Beckeneiterungen vorerst nicht wieder einem Internationalen Congress vorgelegt zu werden.



DEUXIÈME QUESTION A L'ORDRE DU JOUR

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

RAPPORTEURS : M. le Prof.-Dr Küstner, de Breslau.
» » Polk, de New-York.
» » Pozzi, de Paris.

Rapport de M. le Professeur KÜSTNER.

Meine Herren! Das grosse Interesse, welches den Lageveränderungen des Uterus entgegengebracht wird, seit dem dieselben in ausgedehnterer Weise als sonst, operativ in Angriff genommen werden, hat zu einer überraschend schnellen Verbreitung einheitlicher Anschauungen nicht nur über die pathologische Bedeutung der Lageveränderungen, sondern auch über eine grosse Reihe wichtiger einschlägiger Detailfragen geführt. Was reformatorische Arbeiten vor der operativen Aera nicht vermocht haben, wurde in den letzten Jahren Ereigniss: Einheitliche Anschauungen über das, was normale und pathologische Lage des Uterus ist, über das wesentliche der Symptomatologie, über die Nothwendigkeit der Therapie wurden gewonnen, die Kenntnisse über die anatomischen Beziehungen der entzündlichen Adnexerkrankungen und Pelveoperitonitis zu den Lageveränderungen, speciell der Retroversio-flexio wurden vertieft. — Alles nur durch die in allerdings ungeheuerer, der Individualität nicht immer Nutzen bringender Häufigkeit unternommenen Versuche, mit dem Messer dem Leiden nahe zu treten, und durch die bei dieser Gelegenheit gewonnenen gründlichen Einblicke in bis dahin weniger genau gekannte Körperregionen.

Sollte, was meiner Ansicht nach unmöglich ist, von der ganzen modernen Richtung der operativen Behandlung der Lageveränderungen nichts übrig bleiben, — das Resultat wäre als gesichert zu betrachten, dass aus den Lehren, Lehr- und Handbüchern durch sie eine Unsumme von incorrecten Anschauungen definitiv zum Verschwinden gebracht ist.

Wenn *Schultze* 1881 in der Einleitung zu seinem grundlegenden Werke über die Lageveränderungen des Uterus beklagt, dass dieses

Capitel bis dahin vernachlässigt worden sei, weil das allgemeine Interesse sich vorwiegend der operativen Gynäkologie zuwende, so hatte er Recht. Das Interesse für die Lageveränderungen wuchs in das Ungeheure hinein derart, dass dieses Capitel mit Recht wohl das modernste der Gynäkologie überhaupt genannt werden kann, sobald die Lageveränderungen operativ in Angriff genommen wurden. Der Wendepunkt liegt, obwohl *Alexander*'s Operation älter, *Alquié*'s Gedanke noch älter ist, dennoch erst Mitte der 80ger Jahre. Die That, welche den Beginn der neuen Zeit signalisirt, ist *Olshausen*'s Vortrag über seine ersten Ventrifixationen auf der Berliner Naturforscherversammlung 1886.

Dieser jüngst gewonnenen Einheitlichkeit der Anschauungen nun entspricht es, wenn aus dem Capitel Retroversionen-Flexionen stillschweigend ein Begriff verschwunden ist, welcher nur künstlich, nur dem System zu Liebe conservirt wurde, d. i. die Retroversio cum anteflexione, der Zustand, welcher unter gewissen Bedingungen, nämlich bei Virgines mit infantil kurzer Scheide, langer Cervix, kurzem Corpus ätiologisch der Retroversio virginea sehr nahe stehen kann, aus welcher sich unter diesen Bedingungen manche virginale Retroversion und auch manche Retroversio-Flexio im ersten Wochenbett entwickeln kann, welcher aber ohne die bezeichnete Entwickelungsstörung an Scheide, Corpus und Cervix das gerade Gegentheil der Retroversio-flexio, den absoluten Normalzustand darstellt, mithin zu keiner Lagecorrectur, auch zu keiner operativen die Indication abgiebt.

Weiter hat sich aus den fortgesetzten operativen Bestrebungen eine vorher durchaus nicht zu erkennende Einheitlichkeit der Anschauungen über den jeder Form der Therapie voranzustellenden Hauptpunkt herausentwickelt, dass in aller Schärfe von einander zu trennen sind : die beweglichen von den fixirten Retroversionen-Flexionen.

Der Mannigfaltigkeit der Stellung, welche heutzutage viele Gynäkologen der Therapie der **nicht fixirten Retroversio-flexio** gegenüber einnehmen, entspricht naturgemäss eine noch grössere Mannigfaltigkeit der Anschauungen über die Nothwendigkeit der operativen Therapie dieser Affection. Giebt es doch noch einige Gynäkologen, welche die bewegliche Retroversio-flexio überhaupt nicht behandeln ; unter ihnen einen unserer geschätztesten Operateure, *A. Martin* ; andere nur dann, wenn dieselbe Erscheinungen macht ; andere nur wieder in Ausnahmsfällen nicht ; viele,

welche sie behandeln, bevorzugen nicht blutige Methoden, so verwerfen *Schultze, Terillon* u. A. jedenfalls die Ventrifixation bei mobilem Uterus, andere wieder, wie die Discussionen des letzten Jahres in Berlin unzweideutig haben erkennen lassen, bevorzugen auch bei der beweglichen Retroversio-flexio unbedingt operative Heilverfahren.

Sollte die Pessartherapie in ihrer definitiven Leistung völlig gleichwerthig den blutigen Methoden oder einigen von ihnen sein, so würde dennoch eine Reihe von Möglichkeiten offen bleiben, wo operative Methoden gewählt werden müssen, dann nämlich, wenn die Pessartherapie unmöglich ist.

So macht *Olshausen* die Ventrifixation, wenn die Pessartherapie durch sehr weite oder durch sehr enge Vagina oder durch das Fehlen der Portio nach Amputation unthunlich ist, eine Indicationsstellung für die operative Behandlung, welcher sich wohl viele Gynäkologen anschliessen werden, und wie ich sie bereits 1890 vertrat. Dieser absoluten Indicationsstellung für die operative Behandlung der beweglichen Retroversio-flexio könnte man die relative, die bedingte gegenüberstellen, welche bestehen würde in unüberwindlicher Abneigung der Kranken gegen Pessare, Virginität und Schonungsbedürftigkeit des Hymen; im letzten Falle würden nicht alle, sondern nur einige der augenblicklich anerkannten operativen Verfahren in Frage kommen.

Ich selbst halte, um meinen Standpunkt zu charakterisiren, *jede bewegliche Retroversio-flexio bei der geschlechtsreifen Frau für behandlungsbedürftig auch dann, wenn dieselben, wie man zu sagen pflegt, keine Symptome macht, oder wie es richtiger heissen müsste, auch dann, wenn die Symptome zunächst so wenig prägnant sind, dass sie entweder der Trägerin der Lageveränderung überhaupt nicht zum Bewusstsein kommen, — das seltenere — oder wenn das schon der Fall ist, entweder von der Kranken oder dem Consultirten ihr ätiologischer Zusammenhang nicht erkannt wird — ein ausserordentlich häufiges Vorkommniss.*

Würde es operative Methoden geben, welche mit derselben Sicherheit und derselben Ungefährlichkeit Retroversionen-Flexionen zu heilen in der Lage sind, wie zum Beispiel gut passende Pessare, so würden die Operationen, unter der weiteren Bedingung, dass sie eine Dauercorrectur bedeuten, im Allgemeinen den Vorzug vor den Pessaren verdienen. Doch würden auch dann noch die Retroversio uteri gravidi und die Retroversio uteri puerperalis Ausnahmen darstellen; hier wäre unter allen Umständen von der operativen Therapie abzusehen.

Alle operativen Methoden, bis zu einem gewissen Grade auch die *Alexander*'sche, machen sich zur Aufgabe, die insufficienten Muskelapparate des Mesometriums, welchen die Function zufällt, den Uterus in normaler Lage zu erhalten, durch eine künstlich erzeugte Verwachsung des Uterus oder hart am Uterus gelegener Ligamentpartien auf der einen Seite mit nachbarlichen Gebilden auf der anderen zu ersetzen. Allen Methoden, die *Alexander*'sche eingeschlossen, ist das Eine gemeinsam : sie stellen absolut normale Verhältnisse nicht her. Während das nun für die meisten Operationen ohne weiteres selbstverständlich erscheint, sofern durch sie die erlahmte Muskelthätigkeit nicht zu neuem Leben erweckt werden kann, so gilt auch noch weiter, dass keiner der operativen Eingriffe im Stande ist, eine absolut normale Uteruslage herzustellen. Müssen wir nun auch dieses Zugeständniss machen, so ist doch festzuhalten, dass jede der operativ erzwungenen Lagen des Uterus unter allen Umständen besser ist, als die Retroversio-flexio, sofern die üblen Consequenzen dieser und der durch sie bedingten Torsion des Mesometriums, als da sind Circulationsstörungen, Stauungen im Uterus, Anschwellung des Organs und seiner Schleimhaut, stärkere Secretion, Meno- und Metrorrhagie, Sterilität, Endothelnecrosen an dem peritonealen Ueberzug der hinteren Uteruswand, endlich die dem retrovertirt-flectirten Uterus imminente Tendenz, früher oder später das Becken zu verlassen und zu prolabiren, zum Wegfall gebracht werden. Wenn den operativen Methoden also nicht besondere Nachtheile anhaften, so erzielen dieselben, je nach dem Grade ihrer Leistungsfähigkeit gewünschte Erfolge. *Diese ist es, die Leistungsfähigkeit, welche in erster Linie einer Prüfung bedürftig ist.*

Je nach der Uterusregion, welche fixirt wird, und je nach der Stelle, wo sie fixirt wird, ergeben sich 3 grössere Gruppen operativen Verfahrens :

I. Die abdominalen Antefixationen ;
II. Die vaginalen Antefixationen ;
III. Die retrocervicalen Retrofixationen.

An die erste Gruppe am natürlichsten gliedert sich an die *Alexander*'sche Operation.

Prüfen wir die abdominalen Antefixationen auf ihre Leistungsfähigkeit, so ergiebt sich für die ventralen Fixationen sehr bedeutende Sicherheit, sowohl für *Olshausen's* als für *Czerny-Leopold's* Methode, ebenso für *Werth*'s Ventri-Vesicifixur. Ob die intraabdominale Verkürzung der Ligamenta rotunda über hinreichende Dauer-

erfolge zu verfügen hat, ist fraglich. Von der intraabdominalen Vesicifixur verspricht sich *Werth* recht viel auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen.

Alexander's Operation in ihrer ursprünglichen Form, wo die Ligamente im äusseren Leistenring aufgesucht wurden, war bei weitem nicht sicher genug. Sehr häufig, besonders bei Virgines, ist das äussere Ende der runden Ligamente dünn, schwer auffindbar, leicht zu zerreissen, leicht zu verwechseln. Sehr hat die Methode an Sicherheit gewonnen, seit wir durch *Werth* und *Kocher* gelernt haben, den Schnitt zu vergrössern und so die Möglichkeit zu gewinnen, das Band anatomisch zu präpariren. Ich habe unter 162 Operationen dieser Art d. i. an 81 Kranken nur ein- höchstens zweimal das Ligament nicht mit der erwünschten Sicherheit isolirt. Diese *Werth-Kocher'sche* Vervollkommnung ist meiner Ansicht nach auch ausschlaggebend für den Dauererfolg. Kann man das Ligament mit Sicherheit finden — dasselbe dann verkürzt fest auf die Fascie aufzuheilen, so aufzuheilen, dass dem Uterusfundus vorn ein dauernder Halt gegeben wird, kann Schwierigkeiten kaum machen. Selbst bei ganz dünnen Ligamenten ist die Gegend des Peritonealkegels, durch welche wir jetzt die Hauptsuturen legen, so dick, dieselbe liegt so nahe dem Fundus uteri, dass die Fixation dieser Partien auf der Fascia transversa jedem a priori als mindestens gleichwerthig einer Ventrifixur imponiren muss. So sind denn auch die neuerdings berichteten Dauererfolge (*Werth, Kocher,* seine Schule, Autor) ganz ausgezeichnet, noch besser als die früher von *Mundé* u. A. berichteten.

Die Antefixuren von der Scheide aus sind die Vaginifixur nach *Dührssen* mit Querschnitt, mit Eröffnung des vorderen Douglas, diese Verbesserung zuerst von mir vorgeschlagen; die Vaginifixur nach *Mackenrodt* mit Längsschnitt und ohne Eröffnung des Peritoneums, neuerdings die Vesicifixur von der Scheide aus nach *Mackenrodt;* Verkürzung der Ligamenta rotunda von der geöffneten vorderen Peritonealtasche aus nach *Wertheim* und ähnliche Modificationen, endlich das Verfahren, von welchem diese Methoden alle ausgingen, *Schücking's* Uterusligatur mit ihren Modificationen.

Während zunächst ohne Eröffnung der vorderen Peritonealtasche die Resultate der Vaginifixur durchaus ungenügend waren, weil man meist den Uterus nicht hoch genug fixirte, so versprachen die im Bewusstsein dieser Thatsache verbesserten Operationen mehr. Sowohl eine hohe seroseröse Fixur nach *Mackenrodt,* als besonders

die serofibröse nach Eröffnung des vorderen Douglas sichern selbst dann, wenn man nicht wie *Dührssen* den Fundus annäht, auch dann, wenn man nicht mit der Ausdehnung der Fixur auf die ganze vordere Uteruswand übertreibt, sondern nur etwa, wie ich es stets thue, bis zur Mitte des Corpus hinauf fixirt, eine zufriedenstellende Anteversion-Flexionsstellung.

Jedoch sind bei der geschlechtsthätigen Frau die Recidive sehr viel häufiger als nach Ventrifixur und nach *Alexander*'s Operation; Schwangerschaft, auch vorzeitig unterbrochene, gefährdet die künstliche Fixur in hohem Masse. So werden die Gesammtresultate stets hinter denen der Ventrifixur und der *Alexander*'schen Operation zurückbleiben. *Keller* rechnet *Dührssen* bekanntlich 60,7 % Dauererfolge nach, und das also bei einer Methode, welche von allen an und für sich die grösste Garantie gegen Revidive zu bieten scheint.

Die Fixirung des Uterus mit seiner cervicalen Partie in den hintern Beckenräumlichkeiten umgreift *Freund*'s Verfahren von der Scheide, *Frommel*'s vom Abdomen aus, *Sänger*'s Ligatur der Douglas'schen Falten, *Stratz*'s Resection des Douglas'schen Raums.

Wenn auch *Schultze* a priori und ohne Weiteres Recht zu geben ist, dass diese Principien theoretisch die correctesten sind, sofern die Fixur in die nächste Nähe der insufficienten Musculatur zu liegen kommt, auf diese Weise dieselbe am vortheilhaftesten unterstützen resp. ersetzen kann, sofern ferner dem intra-abdominalen Druck seine wichtige Function in der Mechanik der Beckenorgane, dem Uterus seine absolut normale Ausdehnungsfähigkeit, Wachsthumsmöglichkeit und Beweglichkeit belassen wird, so stehen dennoch diese Verfahren in ihrer Leistungsfähigkeit hinter den bisher genannten Gruppen zurück. Den exactesten unter diesen Verfahren, *Freund*'s und *Frommel*'s, haften zu bedeutende technische Schwierigkeiten an, welche die Sicherheit beeinträchtigen, so, wenn auch nicht den momentanen, so doch den Dauer-Erfolg von vornherein in Frage stellen. Ja, ich halte sogar die technischen Schwierigkeiten z. B. von *Frommel*'s Verfahren für so gross, dass dasselbe zu gefährlich wird. Je schwerer eine abdominale Operation, um so leichter passiren bei ihr ungewollte Verstösse gegen die nothwendige Anti- und Asepsis. Auch aus diesem Grunde dürfen diese Verfahren zunächst wohl kaum darauf rechnen, den antifixierenden eine wirksame Concurrenz zu eröffnen. So ist denn auch die *Frommel*'sche Operation vom Autor selbst aufgegeben worden.

Sänger's Retrofixatio colli ist zwar sehr einfach, aber nach meinem

Dafürhalten bei weitem nicht exact genug. Dieselbe ist dennoch ziemlich oft, am häufigsten allerdings vom Erfinder geübt worden. *Sänger's* Resultate sind nach seinen mir gütigst gesandten Mittheilungen gut; das Urtheil anderer Operateure lautet gegentheilig.

Neben der Sicherheit der Fixur kommt als zweiter wichtiger Factor für die Werthschätzung der verschiedenen Verfahren in Frage, in wie weit durch sie die Function des Uterus beeinträchtigt wird oder nicht. Auch in diesem Punkte unterscheiden sich die Operationen wesentlich von einander.

Im Jahre 1889 referirte ich zuerst über Fälle, in welchen von mir Schwangerschaftsstörungen nach Ventrifixur beobachtet worden waren. Kurz darauf erfuhr ich aus meiner Clientel auch von einer Nachgeburtsstörung bei einem ventrifixirten Uterus. Die sich später häufenden Beobachtungen ergaben jedoch, dass eine theoretisch verständliche Capacitätsbeeinträchtigung des Organs während der Schwangerschaft oder Störung im Contractionstypus während der Geburt thatsächlich recht selten einträten.

Schon auf Grund der sehr zahlreichen älteren Beobachtungen ist daher den Publicationen der Neuzeit auf diesem Gebiete gegenüber eine gewisse Vorsicht unter allen Umständen geboten. Das lehrt u. a. der Fall *Gubaroffs*. Dieser fand an einem ventrifixirten gravid gewordenen Uterus die Portio sehr hoch und weit nach hinten, schloss auf Gebärunmöglichkeit und machte noch vor Wehenbeginn den Kaiserschnitt nach Ablösung des Uterus von der vorderen Bauchwand. Ein Abwarten der Wehenwirkung hätte vielleicht die Beobachtung einer spontan verlaufenden Geburt ermöglicht.

Wenn ferner *Miländer* unter 70 aus der Litteratur zusammengestellten Beobachtungen von Schwangerschaft nach Ventrifixur 3 Querlagen findet, und meint, dass die Ventrifixur eine Enstehungsursache für die Querlage der Frucht abgäbe, so würde das unter gewissen Bedingungen vielleicht verständliche Caussalitätsverhältniss dennoch durch die bisher erbrachten Zahlen nicht im Entferntesten überzeugend erwiesen betrachtet werden können.

Es kann auch heute noch wie auch schon im Jahre 1889 als sicher gelten, dass die ventrale Fixur des Uterus in seiner Function später wenig und nur in Ausnahmsfällen beeinträchtigt, und dass diese Ausnahmen in einem directen Verhältniss zu einzelnen Spielarten der Methode stehen. Es ist wahrscheinlich, dass sie umso seltener sind, je mehr sich der Operateur an *Olshausen's*

ursprüngliche Vorschriften hält, um so häufiger, je mehr er davon abwich und grössere Partien des Corpus,. vielleicht das ganze mit der vorderen Bauchwand median vernähte. Ein Blick auf die Tabelle über das Sammelreferat scheint mithin die Ansicht zu bestätigen, dass die Störungen weniger der Methode als den Abweichungen von derselben zur Last fallen.

Viel grösseren Spielraum noch lässt die von *Werth* für die Ventrifixur substituirte Vesicifixur den functionellen Volumenschwankungen des Uterus. Auch ist nach den Berichten die Fixur fest genug um dem Uterus nach der puerperalen Involution die correcte Lage zu sichern. Ich selbst habe über die Methode keine Erfahrung. Ob Störungen der Blasenfunction sich später einstellen werden, mehr als bisher bekannt, ist wohl zunächst nicht ausgeschlossen.

Schwere Schwangerschafts- und Geburtsstörungen sind nach den Methoden vaginaler Fixur beobachtet worden, und zwar in einer Häufigkeit, welche die Erfinder, erst *Mackenrodt* dann *Dührssen,* ihr Verfahren in cardinaler Weise haben ändern lassen.

Schon in Fällen, wo nicht die ganze vordere Wand des Corpus uteri mit der Vagina serofibrös vernäht war, wurden Wachsthum oder Beweglichkeit des Uterus in hohem Masse beeinträchtigt, es kam häufig zu Abort. *Strassmann* rechnet auf 22 Graviditäten im vaginifixirten Uterus 6 Aborte. In einigen Fällen waren die Dislocationen des Uterus so schwer, dass die spontane Geburt unmöglich, und schwere Eingriffe bis zum Kaiserschnitt nothwendig wurden. Die transperitoneale Methode *Mackenrodt's* setzte nicht mit derselben Nothwendigkeit diese Störungen, wie die Formen der serofibrösen Fixur.

Nach meinen Beobachtungen liegt die Hauptgefahr in der Uebertreibung. Für eine Uebertreibung hielt ich es von vornherein, wenn, um eine möglichst scharfe Anteflexio zu erzielen der Fundus uteri, wenn, um eine möglichst feste Fixur zu construiren, die ganze vordere Corpuswand vaginifixirt wurde. Aehnlich äussert sich neulich *Olshausen*. So glaubte ich dann auch mit der Fixirung der einen, natürlich unteren Hälfte des Organs mich begnügen und demselben so eine dauernde Rechtstellung gewährleisten, ihm anderseits genügende functionelle Beweglichkeit lassen zu können. In dieser Weise sind ausnahmslos meine Breslauer Vaginifixuren gemacht worden und doch begegneten wir auch hier der Erfahrung, dass in unverhältnissmässiger Häufigkeit bei späterer Schwängerung Abort eintrat. Ausgetragen wurde in einigen Fällen erst nachdem ein oder zwei Aborte

vorausgegangen waren, — und das heisst doch nichts anderes, als nachdem durch die abortiv zu Grunde gegangene Schwangerschaft die Vaginifixur ganz oder partiell gelöst war.

Somit glaube ich auf Grund meiner Erfahrung nicht, dass die Vaginifixur selbt in dieser von mir geübten, allen Möglichkeiten gerecht werdenden, zahmen Form bei der geschlechtsreifen Frau die Concurrenz mit weniger störenden Verfahren aushalten wird. Ist die Conception ausgeschlossen, natürlich oder künstlich, so ist die vaginale Fixation, besonders die nach Eröffnung des vorderen Douglas'schen Raums eine schöne sichere Operation; meiner Ansicht nach ist sie, wie ich den in allen Schattirungen abfälliger Kritik gehaltenen polemischen Kundgebungen in der Berliner Gesellschaft f. G. u. G. betonen möchte, eine werthvolle, für mich nicht mehr entbehrliche Bereicherung der gynäkologischen Akiurgie.

Die *Wertheim*'sche Operation, welche die *Alexander*'sche Idee mit der vorderen vaginalen Fixur verbindet, ist recht künstlich, wird wohl sicher dem Uterus die nothwendige Beweglichkeit in partibus wie in toto lassen, vielleicht leichter Recidive geben, als concurrirende Verfahren.

Während nun für die hinteren Cervixfixuren ohne Weiteres, wie schon angedeutet, klar ist, dass sie im Falle der Dauerheilung das Wachsthum des geschwängerten Uterus in keiner Weise behindern können, so vermuthete man früher auch von Seiten der *Alexander*'schen Operation unvortheilhaften Einfluss auf später eintretende Schwangerschaft.

Diese Vermuthungen haben sich als gänzlich ungerechtfertigt erwiesen. Schon *Werth* berichtet unter seinen *Alexander*'schen Operationen über eine grosse Reihe ungestört verlaufener Schwangerschaften, ebenso lauten neuere, wenn auch nicht mit so grossen Zahlen rechnende Publicationen.

Bei den **fixirten Retroversionen-Flexionen** sind 2 Operationsacte: 1. die Lösung der hinteren Fixationen, dann 2. die Fixation behufs Herstellung und Erhaltung der Normallage in aller Schärfe von einander zu trennen. Versuche, den fixirten Uterus vor vollständiger Trennung der Retrofixationen einer fixirenden Operation in Normallage zu unterwerfen, so häufig sie gemacht sind, so häufig man ihren eo ipso mangelhaften Resultaten auch heute noch begegnen kann, sind absolut irrationnell.

Unerlässlich für eine vollkommene Würdigung der Adhäsionen ist die Berücksichtigung ihrer ätiologischen Momente.

Dass bakteritische Entzündungen des Uterus und der Adnexa Adhäsionen der Serosa dieser Organe mit der der angrenzenden Eingeweide bedingen, ist eine bekannte Thatsache. In dieser Richtung sind an den inneren weiblichen Genitalien zwei Bakteriengruppen besonders wirksam, die *Gonococcen* und die *Wundeiterungsspaltpilze*. Die genaue Bekanntschaft der Gynäkologen mit den unter Umständen ausserordentlich festen Adhärenzen nach der ascendirenden Gonorrhœ und nach puerperalseptischer Entzündung datirt seit der Zeit der zielbewusst ausgeführten Adnexoperationen.

Wichtig ist die Thatsache, dass diese beiden Entzündungsformen in den Resultaten, soweit diese sich als Adhärenzen darstellen, häufig, ja meist auseinander zu halten sind. Bei der ascendirenden Gonorrhœ sind die am meisten leidenden Theile die Eileiter; während am Uterus die Entzündung meist nicht bis auf die Serosa vordringt, thut sie es an den Tuben fast stets ; an den Tuben finden sich infolge dessen die festesten Adhärenzen, in den Tuben gewahren wir auch sonst meist noch die Resultate überstandener oder vorhandener Entzündung in totalen oder partiellen Wandverdickungen, der Salpingitis isthmica, nodosa. Bei der septischen Entzündung dagegen fehlt meist jede Spur von einer Entzündung des Tubenrohrs ; die Streptococcen durchwandern meist direct vom Ort ihrer primären Ansiedelung, dem Uteruscavum oder einem Cervixrisse aus die Wände der Organe, ohne erst die Tubenschleimhaut zu inficiren ; die Entzündung der Serosa mit ihren Exsudationen und Verlöthungen folgt dem Primäraffect ohne Umwege betreten zu haben.

Liegen daher die acuten Stadien der Processe nicht allzuweit zurück, so kann man an ausgesprochenen Entzündungserscheinungen des Tubenrohrs die gonorrhoische, am Fehlen derselben die septische Infection mit einiger Zuverlässigkeit erkennen. Liegt das acute Stadium der Processe sehr weit zurück, so ist zu bedenken, dass dann die früher leicht erkennbaren Entzündungsspuren am Tubenrohr verschwunden sein können.

Treffen nun diese Entzündungen den retrovertirt-flectirten Uterus, so ist das Resultat eine fixirte Retroversio-flexio. Das ist die häufigste Form der fixirten Retroversio-flexio ; das giebt auch die festesten Adhäsionen.

Unter Umständen kann auch vor dem Auftreten der Entzündung eine Normallage bestehen, und das Resultat der Entzündung ist die

Retroversio-flexio einerseits, die Fixation auf der andern Seite. Das ist nicht häufig. Schrumpfende Exsudate eiteriger, seröser oder blutiger Beschaffenheit machen häufiger Retropositio als Retroversio-flexio.

Wichtig ist die Frage, ob der retrovertirt-flectirte Uterus auch ohne Infection mit der Umgebung verwachsen kann.

Im Hinblick auf die Thatsache, dass man Retroversionen-Flexionen bei Frauen noch beweglich antrifft, welche diese Affection mit Sicherheit sehr viele Jahre, Jahrzehnte lang tragen, darauf, dass in den meisten Fällen von Prolaps der Uterus frei beweglich ist, also bei einer Lageveränderung, welcher meist eine ebenfalls viele Jahre lang bestehende Retroversio-flexio vorausging, könnte man fast bezweifeln, ob die Retroversio-flexio als solche allmälig zur Verwachsung des Uterus mit der Rückwand des Beckens führt.

Soviel ist natürlich sicher, die Retroversio-flexio schützt vor der Infection weder noch vor den Folgen der Entzündung, soweit dieselben in der peritonealen Verklebung mit der Umgebung bestehen. Im Gegentheil scheint die gonorrhoische, wie die septische Entzündung im retrovertirt-flectirten Uterus noch heftiger abzulaufen, als im normal gelegenen.

Ausserdem ist nicht ausgeschlossen, dass nicht puerperalseptische und nicht gonorrhoische Entzündungen des Endometriums gelegentlich zu Metritis, zu Tuben- und Eierstockentzündungen, im Anschlusse daran zu Pelveo-peritonitis adhæsiva und so zur Fixation einer vorher bestehenden Retroversio-flexio führen. So findet man gelegentlich virginale Uteri, ebenso wie ihre Adnexa bei ganz jugendlichen Personen adhärent.

Dennoch ist es nicht unwahrscheinlich, dass rein mechanisch, ohne Keimwirkung Verwachsungen entstehen dadurch, dass der Uterus lange Zeit fehlerhaft liegt, es an seiner Hinterwand und an der des Beckens zur Drucknekrose kommt, womit dann die Bedingungen für die Verwachsungen erfüllt sind. Es scheint, als ob zwar umfängliche, flächenhafte sowohl, als filamentöse, aber immer doch relativ leicht zu lösende Verbackungen diesem ätiologischen Verhältnisse entstammen.

Aus diesen anatomisch-genetischen Erwägungen geht hervor, dass die operative Behandlung der Adhäsionen je nach dem Falle verschiedene Aufgaben hat. Sie deckt sich zum Theil mit der operativen Behandlung der entzündlich erkrankten Adnexa und zwar so, dass ausser Betracht die acuten Formen der ascendirenden Gonor-

rhœ, ebenso wie die acuten perimetritischen und oophoritischen Entzündungsformen fallen, dagegen streng zum Thema die Adnexerkrankungen gehören, sobald sie in das klinische Ruhestadium getreten sind, sobald von ihnen nicht mehr neue Entzündungsnachschübe ausgehen, sondern nur die durch sie bedingten Störungen in der Mechanik der Beckenorgane. Und gerade in diesem Stadium sind selbst nach bedeutendem operativen Eingriff, wie nach der Laparotomie die Adnexa unter Umständen schonungfähig, wenn z. B. die Tuben intact waren, die Ovarien wenig umfängliche Perioophoritis adhæsiva aufwiesen, oder nur der Uterus adhärent war. In anderen Fällen wieder sind sie entfernbedürftig, wenn es z. B. sich um irgend welche Formen der Sactosalpinx purulenta handelt.

Die Möglichkeit, dass die Adnexa geschont werden können, ist es allein, was dann die Operation als Lagecorrectur rechtfertigt. Würden bei peritonealer Adhärenz der Adnexa diese Organe eo ipso entfernbedürftig sein, so wäre in den meisten Fällen die lagecorrigirende Operation ein unnöthiger Aufwand von Mühe von Seiten des Operateurs und von Unbequemlichkeit von Seiten der Kranken; dann wäre die Totalextirpation des Uterus, meist von der Scheide aus auszuführen, das einfachere Verfahren. Heilung aber mit Organschonung ist das höhere Ziel, als Heilung mit Organopferung.

Je nach der Vollständigkeit, mit welcher die Adhäsionen sich trennen lassen, je nach der Vollständigkeit, mit welcher die begleitenden Adnexerkrankungen auf ihren pathologischen Zustand dabei gewürdigt werden können, je nachdem die operative Leistung in einem möglichst günstigen Verhältniss zu dem Erreichbaren steht, ist der Werth der verschiedenen Methoden zu veranschlagen.

Den geringsten, besonders in den Augen der Kranken geringsten Eingriff stellt die *Schultze*'sche Trennung dar, bezugsweise die Massage, letztere vom rein praktischen Standpunkte aus wegen allzugrosser Langweiligkeit, wegen zu grosser Unexactheit vom rein wissenschaftlichen aus kaum zu vertreten.

Bei dem *Schultze*'schen Verfahren mit Hilfe tiefer Narkose kann, wenn die Verhältnisse nicht allzu ungünstig liegen, die Bauchdecken nicht allzudick, die Adhäsionen nicht allzufest, nicht allzu umfänglich sind, sehr deutlich getastet und sehr häufig auch exact getrennt werden. Rein mechanisch, d. h. was die Befreiung des Uterus und auch der Adnexa betrifft, lässt sich häufig ein ausreichender Erfolg erzielen, ebenso auch symptomatologisch.

Sind aber die Adhäsionen sehr umfänglich und handelt es sich

um die Resultate sehr schwerer vorausgegangener Entzündungsprocesse, so lässt das *Schultze*'sche Verfahren die Adnexa daraufhin unrevidirt und auch uncorrigirt. Dann kann die nachträgliche Lagecorrectur des Uterus durch Pessar vollständig sein, und doch bleiben noch sehr erhebliche pathologische Veränderungen und oft auch sehr erhebliche Beschwerden zurück.

Nicht wesentlich mehr ist durch *Boileux*'s Verfahren zu leisten. Ich habe dasselbe als Voroperation für die vaginale Fixur wiederholt angewandt; bis zu einer gewissen Höhe des Uterus gelingt die Trennung meist leidlich exact; der adhärente Fundus und die adhärenten Adnexa machen meist bedeutende oft unüberwindliche Schwierigkeiten. Nicht wesentlich anders liegen die Verhältnisse nach der Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, *Dührssen*'s vorderer vaginaler Cœliotomie.

Nach meinem Urtheil sind beide Verfahren, einzeln sowohl, wie miteinander combinirt oft nicht einmal ausreichend, den Uterus völlig zu befreien, geschweige denn die Adnexa; unexact sind sie zudem und ausserdem noch gefährlich, weil sie eine bedeutende Kraftentfaltung ohne zugleich die erforderliche genaue Controle, besonders Ocularcontrole des Geleisteten ermöglichen. Daher auch die unstillbaren Blutungen, welche u. A. *Mackenrodt* hierbei in überraschender Häufigkeit erlebte, und welche ihn dann zur Totalextirpation nöthigten.

Ungleich leistungsfähiger ist die ventrale Cœliotomie. Nach dieser Voroperation lässt sich unter der Voraussetzung der üblichen Beckenhochlagerung ein ungemein klarer Einblick in die Verhältnisse der Beckenorgane gewinnen; die Adhärenzen lassen sich oben unter Controle des Gesichtssinnes trennen, was besonders denen mit dem Intestinaltractus gegenüber ein grosser Vortheil ist; hier ist es möglich dabei in ausgiebiger Weise das Ferrum candens anzuwenden, Brandschorfe schützen ja besser als irgend etwas vor späterer peritonealer Wiederverklebung.

Nach der Trennung der Adhäsionen kann man die Adnexa einer gründlichen exacten Ocularrevision unterwerfen, entfernt dieselben im Falle irreparabler pathologischer Veränderung, lässt sie im anderen Falle zurück und unterwirft sie eventuell nothwendigen Correcturen. (Salpingostomie, Ovarialresection.) Durch die Adhäsionstrennung eventuell erzeugte stärkere Blutung wird mit dem Ferrum candens oder der Ligatur zum Stehen gebracht.

Dem ersten operativen Acte der fixirten Retroversio-flexio gegen-

über, welcher in der Lösung der alten Fixationen bestand, folgt der zweite, welcher sich die Herstellung oder vielmehr die Conservirung der Lagecorrectur des Uterus zum Ziele setzt. Dafür kommen natürlich sämmtliche für die von vornherein bewegliche Retroversio-flexio geltenden Operationen in Frage. Eine besondere Bewerthung erfahren die einzelnen Methoden je nach dem sie sich leichter oder schwerer, bequemer oder unbequemer mit der lösenden Operation combiniren lassen.

Ich kann an dieser Stelle nicht zu erwähnen unterlassen, dass ich vor Jahren auch nach der Adhäsionstrennung vom offenen Abdomen aus die Pessarbehandlung anschloss, weil ich diese für besser hielt, als die damals einzig mögliche operative Lagecorrectur, die Ventrifixur. Heute möchte ich einen derartigen Standpunkt als verlassen betrachten, er ist zum mindesten unpraktisch.

Nun sagte ich oben, dass es fixirte Retroversionen-Flexionen giebt, bei welchen auch die Lageveränderung erst die Folge der Pelveoperitonitis ist, und dass sich naturgemäss in diesen Fällen Uterus und Adnexa nach der Adhäsionstrennung spontan normal legen und dann auch ohne Pessar und ohne fixirende Operation normal liegen bleiben.

Wenn ich auch in derartigen Fällen das Risico für die Kranken für zu bedeutend hielt, auf die fixirende Operation zu verzichten und stets der trennenden die entsprechende normal fixirende, d. i. die Ventrifixur nachschickte, so möchte ich das dennoch nicht für den einzig möglichen Standpunkt hingestellt haben.

War die *Schultze*'sche Trennung von Erfolg, so lässt sich an sie jede operative Fixur anschliessen. Als das natürlichste ergäbe sich dann, dass man die beste Operation wählte, nämlich die *Alexander*'sche. Ich möchte aber unter diesen Verhältnissen zu ganz besonderer Vorsicht mahnen und dringend empfehlen, *Alexander*'s Operation nicht früher zu machen, ehe nicht durch eine Probezeit von mindestens einigen Wochen erwiesen ist, dass der Uterus wirklich absolut freie Beweglichkeit gewonnen hat. Ich lasse daher einer *Schultze*'schen Trennung, auch wenn dieselbe nach meiner Ueberzeugung völlig gelang, nicht gern sofort, sondern erst nach einigen Wochen die *Alexander*'sche Operation folgen, erst dann, wenn während dieser Zeit der Uterus tadellos in einem passenden Pessar liegen blieb.

Fiel die *Schultze*'sche Trennung in irgend welcher Weise nicht ganz befriedigend aus, blieben die Adnexa auf der einen oder

beiden Seiten nicht völlig freibeweglich oder verdickt, bestand nicht völlige Klarheit ob nicht doch noch Filamente oder Schwarten Uterus und Adnexa untereinander oder mit der hinteren Beckenwand verbanden, dann empfehle ich, von *Alexander*'s Operation abzusehen und lieber das Abdomen zu öffnen und nach erfolgter gründlicher Trennung und Revision zu ventrifixiren.

Denn das ist das Natürlichste und Gegebene, dass man die lagecorrigirende Antefixation von demselben Schnitte aus macht, welchen man zur Lösung der pathologischen Retrofixationen anlegte, diesen Schnitt für beide Operationen verwerthet, also an die Trennung nach ventraler Cœliotomie die Ventrifixur oder Vesiciventrifixur oder abdominale Vesicifixur anschliesst.

Waren es nun die schwerstwiegenden Bedenken, welche von einer Vaginifixur bei der geschlechtsthätigen Frau absehen lassen müssen, waren die retrofixirenden Operationen von der Scheide aus in ihrer functionellen Leistung unsicher, die Trennung der Retrofixationen von der vorderen oder hinteren Colpotomie aus unexact, unsauber und meist ungenügend, so müssen wir das *Facit* so formuliren, *dass für die fixirten Retroversionen-Flexionen, bei welchen man um der Umfänglichkeit oder Festigkeit der Adhäsionen, um der palpatorisch schweren Erkrankung der Adnexa willen das Abdomen irgendwo geöffnet werden muss, die Eröffnung von oben, die ventrale Cœliotomie mit angeschlossener Ventrifixur das beste ist, vorbehaltlich der Möglichkeit, dass einmal die Ventrifixur durch die Vesicifixur vortheilhaft ersetzt wird.*

Die vaginalen Operationen haben ja zweifellos nicht nur in den Augen der Laien und des Publicums, sondern auch in denen der Fachmänner vor der ventralen unverkennbare Vorzüge. Sie besitzen zweifellos den Vorzug der geringeren Gefährlichkeit, zudem liegt die Narbe an einer Stelle, wo sie nicht gesehen wird. Das eine sind die Operationen blos von unten, das andere sind die Leibschnitte. Deshalb musste es zunächst als ein grosser Fortschritt imponiren, als durch *Dührssen*'s vaginale Cœliotomie die Möglichkeit sich zu eröffnen schien, an Retrofixationen mit derselben Sicherheit herantreten zu können, wie von der ventralen Cœliotomie aus.

Haben sich nun in unseren Augen diese Erwartungen nicht bestätigt, so erwächst uns jetzt erst recht die Aufgabe, auf der einen Seite den Leibschnitt von seiner Gefährlichkeit durch eine möglichst rationelle Behandlung der von ihm ausgesetzten Wunden im Abdomen, auf der anderen Seite ihn vor dem Erschreckenden und Hässlichen, das ihm anhaftet, möglichst viel zu benehmen.

Der erste Punkt kann hier selbst eine nur flüchtige Berührung nicht erfahren ; der zweite gehört noch streng zum Thema.

Um die der ventralen Cœliotomie anhaftenden Unschönheiten, soweit sie in einer lange sichtbaren entstellenden Narbe bestehen, möglichst abzuschwächen, mache ich jetzt bei denjenigen Operationen, bei welchen das Abdomen nicht ausserordentlich weit geöffnet werden muss — und dazu gehören im Allgemeinen die Retroflexionsoperationen, den *suprasymphysæren Kreuzschnitt,* d. h. einen queren Schnitt im Bereiche oder hart an der Grenze des Schamhaarwuchses, welcher Haut und Fett bis zur Fascie durchdringt, dann diagonal auseinandergezogen wird, und unter welchem dann das Abdomen sagittal geöffnet wird. Geeignete Bauchhacken gestatten schon bei einem Schnitt von 7 cm. Länge einen wesentlich umfangreicheren Einblick und erheblich sichereres Agiren in der Bauchhöhle, als die grösstmögliche vordere oder hintere vaginale Cœliotomie. Und reicht der primäre Schnitt nicht aus, dann lässt sich, ohne dass die Methode geändert wird, der Sagittalschnitt noch um einige Centimeter, im Nothfalle natürlich auch noch erheblich mehr, vergrössern, eine Correctur, welche bei vorderer wie hinterer Colpocœliotomie ausgeschlossen ist.

Nach der Trennung der Adhäsionen und der entsprechenden Behandlung der Adnexentzündungen von der ventralen Cœliotomie aus concurrirt nun mit der Ventrifixur noch die ganze Reihe derjenigen uterusfixirenden Operationen und Modificationen, welche eben vom geöffneten Abdomen aus möglich sind. Ich brauche nicht noch einmal zu wiederholen, was oben bereits gesagt ist, nur berühren möchte ich, dass die weniger einfachen Verfahren, welche den Fundus vorn fixiren, die Verkürzung der Ligamenta rotunda von der Bauchhöhle aus in den denkbaren Modificationen recht künstlich und meiner Ansicht nach erheblich erfolgsunsicherer sind, als die einfache ventrale Fixur. Grosse Leistungsfähigkeit dagegen soll nach *Westphalen*'s Mittheilung *Werth*'s Vesicofixur besitzen. Will man die Ventrifixur vermeiden, so bleibt diese Operation zunächst wohl die empfehlenswertheste. Abzuwarten ist, wie schon gesagt, ob nicht doch unliebsame Störungen der Blasenfunction relativ häufig beobachtet werden. Auch habe ich betreffs der Dauererfolge zunächst nicht das Vertrauen, wie zur Ventrifixur.

Von den Retrofixuren der Cervix wird aus oben erörterten Gründen, obschon, es sei nochmals betont, diese Operationen die Richtigkeit des Princips für sich haben, zunächst abgesehen werden müssen.

Dagegen möchte ich anheim geben, ob nicht der suprasymphysære Kreuzschnitt sich vortheilhaft mit *Alexander's* Operation verbinden liesse. *Alexander's* Operation ist ja wiederholt schon auf beiden Seiten von *einem* Querschnitte aus gemacht worden; dieser Querschnitt lässt sich sehr gut für meinen Kreuzschnitt verwenden, oder anders ausgedrückt, der Hautschnitt meines Kreuzschnittes lässt sich sehr gut so vergrössern, dass man von seinen Ecken aus zu dem innern Leistenring auf jeder Seite vordringen kann. In vortheilhafter Weise liesse sich dann die Leistung der Ligamentverkürzung von dem noch offenen Abdomen aus controlliren.

Wenn ich die operative Behandlung des *Uterusvorfalles* nur nebenbei und anhangsweise erwähne, so mache ich damit eine Concession dem Wortlaute des mir gestellten Themas, ebenso wie weit verbreiteten Anschauungen auf Kosten meiner wissenschaftlichen Ueberzeugung. Die Behandlung des Prolapses, besonders die operative, hängt innig mit der der Retroversio-flexio zusammen, ebenso wie beide Leiden genetisch miteinander in engster Beziehung stehen. Der Prolaps ist fast stets nur das Endstadium derjenigen schweren Gleichgewichtsstörung der Beckenorgane, deren Anfang die Retroversio-flexio ist; jedem Prolaps geht eine Periode voraus, in welcher der Uterus in Retroversio-flexio stand. *Aus diesem Grunde kann eine erfolgreiche, correcte, rationelle Behandlung des Uterusvorfalles nur nach denselben Principien erfolgen, wie die Behandlung der Retroversio-flexio, d. h. die schwergeschädigte Mechanik der weiblichen Beckenorgane ist in erster Linie dadurch in Angriff zu nehmen, dass die Axenrichtung des Uterus definitiv corrigirt wird.*

Ausserdem müssen bei der operativen Correctur des Vorfalles diejenigen anatomischen Veränderungen berücksichtigt werden, welche die Folge des Vorfalles sind, welche also den Prolaps von der Retroversio-flexio ganz besonders unterscheiden, sie sind es, welche eine Uebertragung der für die Retroversio-flexio geltenden operativen Principien nicht ohne Weiteres gestatten. Das sind secundäre Verlängerung der Cervix und die bedeutende Erweiterung der Vagina. Diesen beiden schweren morphologischen Veränderungen muss in eingehender Weise Rechnung getragen werden, wenn der Prolaps erfolgreich behandelt werden soll.

Die Verlängerung der Portio macht entweder eine Resection nothwendig, oder, da man nach der Rechtlagerung des Uterus meist bald auf eine spontane Verkürzung dieses Organtheiles rechnen kann, zum mindesten stets eine recht hohe Fixur des Corpus, welche weder

während der Convalescenz noch falls die Rückbildung in erwünschtem Grade und Tempo ausbleiben sollte, nicht trotz der Fixur des Uterus ein Nachaussentreten der Portio ermöglicht. Deshalb also entweder ventrale Fixur ohne Portioresection oder bei Vetulæ vaginale Fixur oder *Alexander*'s Operation, letztere beide eventuel mit Portioresection combinirt. Nur wenn die sogenannte Hypertrophie der Cervix sehr bedeutend ist, weil sie sehr lange Zeit besteht, kann Portioresection mit einer möglichst hohen Ventrifixur des Corpus combinirt am Platze sein.

Die weite Vagina ist fast ausnahmslos operativ zu verengen. Welche Methode der angegebenen Colporrhaphien man dazu wählt, ist im Princip gleichgültig. Ich ziehe promiscue *Hegar*'s, *Freund*'s von *Winckel*'s Methoden in Anwendung. Ja, ich mache recht gern bei alten Frauen, welche keinen geschlechtlichen Verkehr mehr haben, die *Neugebauer-Le Fort*'sche Operation.



OPERATIVE BEHANDLUNG

der

RETROVERSIO-FLEXIO

Zusammenstellung

der auf Umfrage eingegangenen Berichte von 70 Operateuren.

Ventrifixation.

Berichte über Nullipare	221	
» » geboren habende	688	
» » Vetulae	25	
	934	
Die Retroversio-flexio war fixirt	563	mal,
» » » nicht fixirt	331	mal.

Ausdrücklich angegeben ist, dass nach Leopolds Princip 681 mal, nach Olshausens 254 mal ventrifixirt wurde.

Die Fixationen wurden in den meisten Fällen, wie angegeben, bei der Operation getrennt; nur vereinzelt nach Schultze (20 Angaben), dann vorher.

Von den 7 Todesfällen, über welche berichtet wird, sind 2 an Ileus erfolgt.

Das Resultat wird meist als gut angegeben, doch wird auch zum mindesten von 25 Recidiven berichtet.

Graviditäten sind später 98 beobachtet worden. Von diesen verliefen ebenso wie die Geburten ungestört 74. In 24 Fällen wurden

Schwangerschafts- resp. Geburtsstörungen beobachtet, nämlich Aborte und Frühgeburten 15, 1 Tubengravidität, 3 mal bei der Geburt Querlage (einmal schwierige Wendung), einmal Placentaretention; ausserdem wurden später 2 Kaiserschnitte gemacht, einmal von demselben Operateur (Springsfeld), einmal ausserhalb derjenigen Anstalt (Hofmeier), in welcher die Ventrifixation gemacht worden war.

Die Schwangerschafts- und Geburtsstörungen waren häufiger bei der Operation nach Leopolds Princip (14) als bei Olshausens (7).

Operateure: Asch, Anonymus aus Cöln, Arendt, Baumm, Brennecke, Bayer, Blumenthal, Czempin, Döderlein, Dohrn, Eberhardt, Fisch, Flatau, Fraenkel, Frommel, Günther, Heyder, Hofmeier, Hornkohl, Kehrer, Kirchhoff, Klein, Klotz, Krukenberg, Kuppenheim, Kötschau, Keller, Leisse, Leopold, Loehlein, Martini, Mewis, Menzel, Müller, Middeldorpff, Mackenrodt, Odebrecht, Pfannenstiel, Pernice, Prochownick, Reuss, Rühle, v. Rokitansky, Ruge, v. Rosthorn, Schmidt, Schultze, von Saexinger, Schwarz, Staude, Saenger, Schramm, Springsfeld, Schwarze, Thorn, Tischner, Thiede, Werth, Wehmer, v. Winckel, Uter, Ziegenspeck.

Vaginale Fixation.

Berichte über 376 vaginale Fixationen ohne Eröffnung,
410 mit Eröffnung des vorderen Douglas.

Weitere Angaben lauten dahin, dass die Operationen gemacht wurden an

87 Nulliparen,
502 Frauen, welche geboren haben,
24 Vetulae.

Von den Retroflexionen waren 514 als nicht fixirt,
163 als fixirt angegeben.

Weiter ist für 12 Fälle berichtet, dass die Fixationen vor der Operation nach Schultze getrennt wurden.

In 64 Fällen wurde der Angabe nach bei der Operation die Trennung nach Boisleux, in 67 Fällen ausserdem während der Operation überhaupt vorgenommen.

In 3 Fällen erfolgte der Tod.

In 72 Fällen sei schon bei der Entlassung der Kranken oder sehr bald nachher die Retroversio-flexio wieder eingetreten; bei 29 von

diesen ist angegeben, dass seroseröse Fixation vorgenommen worden war.

In 92 Fällen wird von später beobachtetem functionellen Misserfolg berichtet; in 19 Fällen davon laut Bericht nach seroseröser Fixation.

23 später beobachtete Graviditäten verliefen ungestört. Ausserdem wird von 13 Schwangerschaftsstörungen (Aborte, einmal Placentaretention) und 5 Geburtsstörungen (Querlage, Eclampsie) berichtet.

Endlich wird von 5 im Puerperium wiederaufgetretenen Retroversionen-flexionen berichtet.

Operateure: Asch, Anonymus (Cöln), Anonymus (Cöln), Arendt, Baumm, Bayer, Behm, Blumenthal, Czempin, Doederlein, Eberhardt, Flatau, Fraenkel, Frommel, Günther, Glaeveke, Hofmeier, Kehrer, Keller, Kötschau, Krukenberg, Kupferberg, Kuppenheim, Leopold, Leisse, Loehlein, Mewis, Mackenrodt, Moeller, Menzel, Odebrecht, Pernice, Pfannenstiel, Parsenow, Prochownick, v. Rosthorn, Raether, v. Rokitansky, Saenger, Schwarz, Schultze, Schmidt, Schramm, Staude, Thorn, Wehmer, Werth, v. Winckel, Ziegenspeck.

Alexanders Operation.

Bericht über Operationen bei Nulliparae .	26
geboren habenden	79
ohne Angabe	15
Summa	120
Nicht fixirt waren nach ausdrücklicher Angabe	100
fixirt	3
davon nach Schultze vorher gelöst	2
Retroversio-flexio bei der Enlassung der Kranken	1 mal,
Später als retrovertirt constatirt wurde der Uterus	12 mal,
Ausdrücklich als gutliegend angegeben	27 mal,
Graviditäten sind beobachtet	27
von diesen verliefen, wie ausdrücklich angegeben, ungestört	20
Ausserdem ist berichtet von Aborten resp. Frühgeburten in	5 Fällen.

Operateure: Asch, Arendt, Baumm, Glaeveke, Keller, Kötschau,

Kulenkampf, Leopold, Pernice, Pfannenstiel, Saenger, Schultze, Schmidt, Werth.

Vesicofixation (abdominale und vaginale), 64 Fälle von 9 abdominalen angegeben, dass es sich nicht um fixirte Retroversio-flexio handelte, von 25 abdominalen berichtet, dass ein Recidiv, 1 ungestörte Gravidität beobachtet wurde. Von 3 vaginalen ohne Eröffnung der plica 1 Recidiv. 35 vaginale mit Eröffnung der plica ohne Recidiv.

Operateure: Mackenrodt, Saenger, Staude, Werth.

Doederleins Methode. 5 Fälle nicht fixirt, kein Recidiv.

Operateur: Doederlein.

Günthers Methode. 2 Fälle ohne Recidiv.

Operateur: Günther.

Resection des Douglas nach Stratz. 2 Fälle nicht fixirt, 2 Recidive bei der Entlassung.

Operateure: Baumm, Leopold.

Frommels Methode. 4 Fälle, 4 mal nicht fixirt, 4 geboren habende, 2 Recidive bei der Entlassung, 2 ungewiss.

Operateur: Frommel.

Saengers Retrofixation. 60 Fälle[1], 7 Nulliparae, 53 geboren habende, davon waren 46 nicht fixirt, bei der Entlassung in 8 Fällen von 11 Recidiv. 11 Graviditäten, 2 Aborte.

Operateure: Asch, Bayer, Czempin, Fraenkel, Saenger.

Schückings Uterusligatur mit oder ohne Abpräpariren der Blase. Berichtet über 30 Fälle, von diesen ist angegeben, dass 3 Nulliparae, 11 geboren habende, 2 Vetulae waren, 11 seien nicht fixirt, 5 fixirt gewesen. 5 mal erfolgte vorher Trennung nach Schultze. In 12 Fällen wurde Recidiv bei der Entlassung oder bald darauf beobachtet.

Operateure: Baumm, Czempin, Kötschau, Leopold.

Vaginale Ligatur mit Ablösung der Blase, Hodge für 1/2 Jahr, berichtet über 52 Fälle, davon sind 41 nicht fixirt, 11 fixirt (dann nach Schultze getrennt), 7 Recidive bekannt, 3 Schwangerschaften, davon 2 Aborte.

Operateur: Klotz.

[1] 49 von Saenger selbst.

Vaginale Ligatur mit Retrofixatio colli, Hodge 1/2 Jahr. 184 Fälle, 139 nicht fixirt, 33 fixirt angegeben (nach Schultze getrennt), Recidiv sehr bald, 8 mal. 36 Graviditäten, 21 ungestört, 11 Aborte, 1 Graviditas extrauterina, 1 Querlage, 5 Zangen.

Operateure: Klotz, Saenger, Thorn, Ziegenspeck.

Zusammenstellung

der von Küstner an der Königl. Universitäts-Frauenklinik vom 23. October 1893 bis 31. März 1896 ausgeführten Operationen.

Vom 23. September 1893 bis 31. März 1894 wurden behandelt:

	ohne Operation 124,	mit Operation 57
1. April 1894 bis 31. März 1895	» » 269,	» » 127
1. » 1895 » 31. » 1896	» » 294,	» » 108
Summa	ohne Operation 687,	mit Operation 292

Ventrifixation.

(138) 140 Fälle, darunter die nach Verfassers Methode operirten Prolapse (Ventrifixation und scheidenverengende Operationen in einer Sitzung).

2 Todesfälle, 1 an Coma diabeticum, 1 an Sepsis von einem bei der Operation eröffneten peritonitischen Abcess aus.

Bevorzugte Methode, eine oder zwei versenkte Nähte aus Silkworm, später Seide durch den Fundus uteri.

Functionelles Resultat, was die Fixation des Uterus betrifft, in allen nachuntersuchten Fällen einwandsfrei.

Spätere Geburten in 9 Fällen beobachtet; in einem Falle ging der Geburt ein Abort voraus; ausserdem noch eine Gravidität, welche abortiv endete. In 2 Fällen Todtgeburten. Einmal Kunsthilfe (Wendung).

Vaginale Fixation.

81 Fälle.

Ausschliesslich angewandte Methode: Sagittalschnitt, Eröffnung des vorderen Douglas, Fixiren des Uterus mit 2 Silkwormnäthen im Bereiche der unteren Hälfte des Corpus, so dass der oberen freie Beweglichkeit gelassen wird. Die fixirenden Nähte selten versenkt.

Von 22 zwischen April und Juli 1896 untersuchten Fällen liegt in 17 der Uterus gut, in 5 in Mittelstellung oder Retroversio-flexio.

Die bis zum 18. September 1894, also im ersten Jahre, operirten 20 Fälle wurden bis zum Mai 1895 controlirt; damals lagen von ihnen noch 13 tadellos, 7 in Mittelstellung oder Retroversio-flexio.

Spätere Geburten sind in 9 Fällen beobachtet worden; bei 4 von diesen Frauen gingen Aborte voraus; bei einer sogar 2.

In 2 Fällen Todtgeburt. Einmal Forceps (leb. Kind). Ausserdem bestehen zur Zeit noch 3 Graviditäten (im V.—VI. Monat), bei einer von diesen ist ein Abort vorausgegangen.

Bei 2 nach der Geburt controlirten Frauen liegt der Uterus retrovertirt-flectirt.

Alexanders Operation.

71 Fälle.

Methode: Grosser Schnitt, Spalten des Leistencanals, Hervorziehen des Ligamentum rotundum bis zum Peritonealkegel, Kürzung des Ligaments, Aufnähen des verkürzten Ligaments auf die Fascie zwischen oberem Schnittwinkel und der Spina il. anterior superior.

2 Mal wurde das Ligament nicht gefunden, in diesen Fällen die Operation nur einseitig gemacht.

Von 23 zwischen April und Juli 1896 untersuchten Fällen lag in 2 der Uterus schlecht, in 21 gut.

Die bis zum 2. März 1895 operirten 42 wurden im Juni 1895 controlirt, bei 6 von ihnen lag der Uterus retrovertirt-flectirt, bei 36 gut.

Geburten sind in 5 Fällen beobachtet worden, alle spontan verlaufen. Kein Abort ist vorausgegangen.

SCHLUSSSÄTZE

1. Obwohl keine operative Behandlungs-Methode der Retroversio-flexio dem Uterus und den Adnexen eine absolut normale Lage sichert, so ist dennoch jede der durch operativen Eingriff gewonnenen Lagen insofern der Retroversio-flexio vorzuziehen, als durch sie der Uterus annähernd seine normale Beweglichkeit wieder erlangt, dadurch am Verwachsen mit der Umgebung, eventuell später am Prolabiren verhindert wird, mit einem Worte die annähernd normale Mechanik der Beckenorgane wiederhergestellt wird.

2. Bei der operativen Behandlung ist die mobile Retroversio-flexio scharf von der fixirten zu trennen. Die fixirte Retroversio-flexio muss erst in eine mobile verwandelt werden ; nachher sind dieselben Methoden anwendbar, wie für die von vornherein mobile Retroversio-flexio, um dem Uterus in Anteversio-flexio zu fixiren.

3. Was die operativen Eingriffe betrifft, welche die fixirte Retroversio-flexio mobilisiren — *die mobilisirenden Operationen* — so braucht bei wenig umfänglichen Adhärenzen die Abdominalhöhle nicht eröffnet zu werden; diese Eingriffe bestehen dann in Massage oder Schultzeschem Verfahren.

Sind die Adhärenzen umfänglich, so empfielt sich im Interesse der Exactheit der Trennung die Eröffnung des Abdomens.

4. Die Eröffnung des Abdomens kann vom hinteren Scheidengewölbe, vom vorderen Scheidengewölbe und von den Bauchdecken aus erfolgen. Den besten Einblick in die Adhärenzverhältnisse, mithin die exacteste und sorgfältigste Behandlung der Adhäsionen, ferner die exacteste Behandlung der mehr oder weniger erkrankten Adnexa gestattet unbedingt die Laparotomie.

Viel weniger exact ist, und unliebsame Nebenverletzungen nicht mit Sicherheit ausschliessen lässt die vordere Colpotomie. Dasselbe, was die Unexactheit betrifft, gilt von der hinteren Colpotomie.
mobilgemachter Retroversio-flexio setzt sich aus zwei Factoren zusammen :

a) Leistungsfähigkeit was die Rechtlagerung des Uterus betrifft.

b) Nicht Beeinträchtigung der Uterusfunctionen.

6. Genügende Leistungsfähigkeit ist bekannt für ventrale Fixation, vaginale Fixation, abdominale vesicale Fixation, Alexanders Operation; noch nicht bekannt für die neueren Modificationen dieser Verfahren und für Sängers Retrofixation.

7. Nicht, oder relativ wenig beeinträchtigt wird die Uterusfunction durch ventrale Fixation, durch Alexanders Operation, durch vesicale Fixation.

8. Schwer beeinträchtigt wird die Uterusfunction durch vaginale Fixation, sobald dieselbe auf den grössten Theil der vorderen Corpuswand ausgedehnt wird.

9. Deshalb sind von der vaginalen Fixation zeugungsfähige Frauen mög-

lichst auszuschliessen. Bei Vetulae giebt diese Operation sehr gute Resultate, besonders verbunden mit Colporrhaphien auch bei Descensus und massigen Graden von Prolapsus.

10. Handelt es sich um umfängliche Adhäsionen, so ist die beste Operation Laparotomie, Trennung der Adhäsionen mit Pacquelin, Scheere und Finger, und nachfolgende ventrale Fixation nach Olshausens Princip.

Bei der Behandlung der erkrankten Adnexa sind conservirende Principien bis in alle Consequenzen zu beobachten. Ohne dass sie schwer erkrankt waren, sind die Adnexa nicht zu entfernen, sondern nur aus den Adhäsionen zu lösen. Jedenfalls ist, wenn möglich, bei jugendlichen Personen functionirendes Ovarialgewebe zurückzulassen.

Auf diese Weise ist im Princip jede fixirte Retroversio-flexio zu behandeln, und sind Ausschabungen, Bäder und andere symptomatische Curen nur ausnahmsweise anzuwenden.

11. Die beste operative Methode für die bewegliche Retroversio flexio ist Alexanders Operation nach den Werth-Kocherschen Vorschriften, da diese Operation überhaupt diejenige Lage des Uterus garantirt, welche der normalen am ähnlischsten ist, eigentlich die normale ist.

12. Die Indication für die operative Behandlung der beweglichen Retroversio-flexio wird im wesentlichen bestimmt durch die lange Dauer des Leidens, Fruchtlosigkeit der Pessarbehandlung, Aversion der Kranken gegen Pessare etc. Objective Indication besteht bei Verunstaltungen der Vagina, welche eine Pessarbehandlung ausschliessen.

13. Mit Rücksicht darauf, dass der Prolaps des Uterus im Allgemeinen stets nur der Folgezustand der Retroversio-flexio ist, ist bei der operativen Prolapsbehandlung in erster Linie die dauernde Rechtstellung des Uterus ins Auge zu fassen.

Danach besteht die beste Prolapsbehandlung in ventraler Fixation des Uterus, mit welcher in derselben Sitzung scheidenverengende plastiche Operationen verbunden werden.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1. Bien qu'aucun des procédés opératoires appliqués actuellement au traitement des rétroversions et des rétroflexions utérines ne rende à l'utérus et aux annexes leur position absolument normale, on doit cependant préférer la nouvelle position utérine obtenue ainsi artificiellement à la rétroversion ou à la rétroflexion primitive. En effet, de cette manière l'utérus retrouve jusqu'à un certain point sa mobilité normale. La formation d'adhérences avec les organes voisins se trouve ainsi prévenue, ainsi celle d'un prolapsus ultérieur ; en un mot la statique des organes pelviens est rétablie d'une manière relative.

2. Dans le traitement opératoire de ces déviations utérines il faut soigneusement distinguer les rétroversions et les rétroflexions réductibles de celles qui sont maintenues par des adhérences ; ces dernières devant tout d'abord être mobilisées. Pour maintenir l'utérus en antéversion ou en antéflexion on se servira ensuite pour ces dernières des mêmes procédés que pour les rétroversions et les rétroflexions réductibles d'emblée.

3. Quant à ce qui concerne les interventions ayant pour but de mobiliser les rétroversions ou les rétroflexions adhérentes *(opérations mobilisantes)*, on ne doit pas ouvrir la cavité abominale lorsque les adhérences ne sont pas très solides et très étendues. Dans ce cas-là on pourra atteindre le but par le massage ou les manœuvres de Schultze.

Si les adhérences étaient par trop nombreuses et solides il y aurait lieu de recourir à l'ouverture de la cavité abdominale pour libérer l'organe aussi bien que possible.

4. L'ouverture de la cavité abdominale peut se faire par les culs-de-sac antérieur ou postérieur ainsi que par la paroi abdominale. Il est hors de doute que c'est la laparotomie qui permettra le mieux de se rendre un compte exact de l'état et de l'étendue des adhérences. Il en résulte qu'elle présente des avantages manifestes pour le traitement minutieux de ces dernières ainsi que pour celui des annexes qui sont toujours plus ou moins affectées.

Les Colpotomies antérieures et postérieures sont des opérations beaucoup moins exactes et risquent de donner lieu à des interventions moins complètes. En outre la première ne permet pas toujours d'éviter les lésions d'organes voisins.

5. La valeur des différents procédés qui ont pour but de fixer l'utérus dans une nouvelle position se juge d'après les deux propositions suivantes :

a) Ils doivent être capables de maintenir l'utérus dans une bonne position.

b) Les fonctions normales de l'utérus ne doivent être modifiées d'aucune manière.

6. Les résultats obtenus par la ventro-fixation, la vagino-fixation, la fixation abdomino-vésicale et par l'opération d'Alexander prouvent que ces différentes opérations sont suffisamment capables de maintenir l'utérus dans une bonne position ; il n'en est pas de même de ceux obtenus par les modifications récentes de ces divers procédés, ainsi que par la rétrofixation de Sänger.

7. Les fonctions normales de l'utérus ne sont pas du tout, ou au moins relativement peu altérées par la *ventro-fixation*, *l'opération d'Alexander* et par la *fixation-vésicale*.

8. Elles sont au contraire profondément atteintes par la fixation vaginale, dès que celle-ci s'étend à la plus grande partie de la paroi antérieure de l'utérus.

9. Il y a lieu par conséquent de ne pas soumettre à la *vagino-fixation* les femmes aptes à concevoir. Chez les femmes qui ne le sont plus cette opération donne par contre de très bons résultats. Chez ces dernières lorsqu'il y a en même temps que la déviation utérine une descente de l'utérus ou un léger degré de prolapsus, on combinera avantageusement la vagino-fixation avec les colporraphies.

10. S'agit-il d'adhérences étendues, la meilleure opération consiste dans la laparotomie, suivie de la rupture des adhérences avec le Paquelin, avec les ciseaux ou avec les doigts et dans la *ventro-fixation* d'après la méthode d'Olshausen.

Si les annexes sont malades, il faut suivre le principe conservateur jusque dans ses plus extrêmes conséquences. Il ne faut dans aucun cas les enlever à moins qu'ils ne soient gravement atteints ; mais il faut seulement les libérer de leurs adhérences. Dans tous les cas il faudra chez de jeunes personnes laisser autant que possible une certaine quantité de tissu ovarien.

C'est de cette manière qu'il faut en principe traiter toute rétroversion ou toute rétroflexion utérine. Le curettage, les bains et autres traitements symptomatiques ne devront être employés qu'exceptionnellement.

11. Le meilleur procédé opératoire contre la rétroversion ou la rétroflexion réductible d'emblée est l'opération d'Alexander, exécutée d'après les premiers préceptes de Werth-Kocher, parce que cette opération garantit dans tous les cas une position de l'utérus qui se rapproche le plus de la normale ou qui est en somme la position normale.

12. Les indications pour le traitement opératoire des rétroversions et des rétroflexions utérines réductibles sont essentiellement données par la longueur de l'affection, l'inutilité du traitement par les pessaires, l'aversion des malades pour ce genre de traitement, etc. L'indication objective consiste dans une déformation du vagin, ne permettant pas le traitement par les pessaires.

13. Considérant que le prolapsus utérin n'est en général qu'une conséquence de la rétroversion ou de la rétroflexion de l'utérus le premier souci de l'opérateur dans le traitement du prolapsus doit être d'assurer le redressement de l'utérus. Il en résulte que le meilleur traitement du prolapsus utérin consiste dans la ventro-fixation de l'utérus à laquelle il faut adjoindre dans la même séance les différentes opérations plastiques qui ont pour but d'obtenir un rétrécissement du vagin.

CONCLUSIONS

1. Although no operation actually proposed for uterine retroversion can return the uterus and adnexa to their normal position, we must prefer the new position, artificially produced, to the primitive retrodeviation ; for it gives to the uterus to the some extent its normal mobility. The formation of adhesion with neighbouring organs is thus prevented, so is the prolapsus ; shortly the pelvic static is restored to some extent.

2. It is necessary to carefully differenciate the reducible from the non-reducible retrodeviations ; the last ones must be first made movable. To keep the uterus in anteversion or in anteflexion, we shall employ the same methods as for those which were reducible from the first.

In operating for *mobilizating* the adhesions *(mobilizating operations),* we must not open the abdominal cavity when the adhesions are not too resistant or too large. In such cases massage, or Suchltze's method will suffice.

If the adhesions were too numerous or too resistant, we should open the abdomen in order to free the uterus as well as possible.

4. The opening into the abdomen can be made through the anterior or posterior culs-de-sac, as well as through the abdominal walls. No doubt with laparotomy, we can have a fuller view of the state and size of the adhesions. Therefore it has great advantages in the careful treatment of adhesions and of adnexa which are always more or less affected.

Anterior and posterior colpotomy is much less accurate, and can give less complete results. The anterior colpotomy does not always enable us to avoid wounding the neighbouring organs.

5. The value of the methods which have for design the fixation of the uterus in a new position is judged by the two following desiderata :

a) They must keep the uterus in good situation.

b) The healthy fonctions of the uterus must in no way interfered with.

6. The results obtained by ventro-fixation, vagino-fixation, abdomino-vesical fixation and by Alexander's operation, show that these operations can keep the uterus in good position. The same cannot be said of recent modifications of these methods, and of Sänger's retrofixation.

7. The normal fonctioning of the uterus is not, or relatively slightly troubled by ventrofixation, Alexander's operation and vesical fixation.

8. It is, on the contrary, deeply troubled by vaginal fixation when this extends to a large surface of the anterior aspect of the uterus.

9. We must therefore not perform vagino-fixation on women in the child-bearing period. When patients cannot conceive, this operation gives very good results. When in the last patients the uterine deviation is accompanied with falling of the uterus, or some degree of prolapsus, we can with advantage combine vagino-fixation with colporrhaphy.

10. When the adhesions are large, the best operation is laparotomy, followed by rupture of the adhesions with Paquelin's cautery, with scissors, or with the fingers, and *ventro-fixation* after Olshausen's method.

If the adnexa are diseased, we must strictly adhere to conservation. We must never amputate them, unless they are seriously affected ; we must only liberate them from the adhesions.

In young women it is necessary to leave as much as possible of the ovarian tissue. We must treat, generally, every uterine retrodeviation, on these principles. Curetting, baths and other symptomatic treatment must be used only in exceptional cases.

11. The best operation for reducible retrodeviation is Alexander's operation, performed after Werth-Kocher first precepts ; for, it gives in every case a nearly or really normal position to the uterus.

12. The duration of the affection, the unlessness of pessaries, the dislike of patients for this treatment etc. are the indications of operative treatment in reducible retrodeviations. The objective indications is deformity of the vagina, not permitting the use of pessaries.

13. As prolapsus uteri is generally but a consequence of uterine retrodeviation, the operator must, before all insure the straightness of the axis of the uterus. Consequently, the best treatment of prolapsus uteri is ventrofixation of the uterus, to which we must add, at the same sitting, the various plastic operations, intended to narrow the vagina.

Rapport de M. le Professeur POLK, co-rapporteur (New-York).

It is evidently the intention that papers presented to this Congress shall be concise and to the point. This precludes all matter which in any manner obscures the issue.

My aim, therefore, shall be to avoid mention of anything which draws your mind from the consideration of the one essential, — the determination of the surgical means which is best adapted to the cure of retro-deviations of the uterus.

The literature on this subject is so extensive, (involving some 330 separate articles in the last ten years alone (see bibliography) that it would not be difficult to extend this paper far beyond the limits of your patience and your profit; but by speaking to the main issue, I hope to fall within the limits of both. I assume that all of us are familier with the literature of the subject and shall address you as possess of the knockly.

We shall construe the term « retro-deviation » as excluding any retro-position other than retro-version and retro-flexion, and shall assume at the outset that we agree as to the existence of many cases in which the deformity can be sufficiently well treated by pessary to meet the demands of the situation; and of still other cases in which, by reason of the absence of symptoms, no treatment may be called for.

We will clear our field still more, if we assume a concensus of opinion upon the necessity to all cases of a normal pelvic floor, or one as nearly normal as our art can produce, and also upon the necessity for reparation or curtailment of the cervical portion of the retro-deviated organ, when through traumatism or disease it exerts an influence favoring the deviation.

We exclude all retro-deviations dependent upon tumors within or without the uterus, and those in which pregnancy has already supervened, but include such complicating conditions as endometritis, metritis, so called adnexal disease of inflammatory origin, and also prolapsed and enlarged ovaries.

But while we exclude from our discussion a retroposed uterus already pregnant, we thrust to the front the bearings of a subsequent pregnancy upon the problem of the surgical treatment of these deviations. In fact pregnancy is of paramount importance, seeing that the vast majority of cases calling for surgical relief are yet within the child-bearing period, and that the changes incident to this function must be provided for in any operation upon a uterus yet subject to it.

Let me now ask you to keep well in mind the agencies employed by nature in maintaining the uterus in normal position. All of which are of course familiar to you.

Retro-deviations are treated by

1. Alexander's operation, and its adaptions, abdominal and vaginal;
2. Ventro fixation;
3. Vagino fixation;
4. Vesico fixation.

Operations which looked to the fixation of the cervix backwards either by direct attachment to the vagina, or attachment of the utero-sacral ligaments seem to have been abandoned, so they need not occupy us now. The same may be said of Schuckings and one or two incomplete processes.

Let us begin our inquiry upon the basis of the uncomplicated retro-version in the child-bearing period.

The operation which approximates most nearly the normal status, whether the uterus be pregnant or not, is evidently that which utilizes the normal supports. Although the round ligament cannot be said to render any direct support to the uterus in any normal state except pregnancy, yet it has been found capable of giving very efficient support in the retro-deviation in question, and that, too, without impairing or altering its influence or function as a support to the uterus in pregnancy; permitting in fact such action on the part of this organ as guarantees a cure and insures the patient against disaster, both in and out of the pregnant condition. This is witnessed in the wellknown Alexander's operation.

Coming to the adaptations of this operation, we find that they can

be divided into the abdominal and the vaginal intraperitoneal. The abdominal are known as Wylie's, Polk's, and Dudley's. All of them involve a prior laparotomy, after which the round ligaments are so treated as to yield a result dependant pratically upon their being shortened. The number of cases of these operations is too few to permit anything beyond the assertion that they appear to act equally well with the Alexander in maintaining the forward position of the uterus. How they may cause the organ to act in pregnancy is still unsettled.

But granting that they serve as good an end as Alexander's even in pregnancy and labor, in the comparison with Alexander we face the question of laparotomy. This introduces the sub-questions of mortality and hernia.

As to the first, I presume we all agree that it bears most heavily against the adaptations, the mortality of Alexander's operation, even in its experimental stages, before aseptic technique was perfected, being practically nothing.

Upon the second we will perhaps join issue. But in spite of the fact that in Alexander's operation we have two ventral wounds to close, and in its abdominal adaptation but one, the traumatism inherent to the latter is so placed and so much more extensive, experience leads to the conclusion that hernia would be a more probable sequence than could be expected after an Alexander's operation. Be this as it may, however, before the question of danger the abdominal adaptions must clearly give place to their progenitor.

Turning next to the vaginal adaptations of the Alexander's idea, and by idea we mean the utilization of the round ligaments in the scheme of support, we find them to be quite recent and more or less complex. For instance, *Wertheim* stitches the round ligaments to the vagina or to the vesico uterine fold of peritoneum, or merely shortens them after the method of Wylie, *Vineberg* sutures the round ligaments and the body of the uterus to the vagina. *Byford* sutures the uterus to the top of the bladder and then by drawing in the slack of the round ligaments upon each side secures a fresh attachment for the structures thus shortened by uniting the loops and stitching them to the anterior face of the uterus on the line of the normal attachment of these ligaments to this organ.

Polk shortens the round ligaments by looping them well out from the uterus, and attaching the free end of the loop to the uterus at the origin of the ligament. To this he adds shortening of the

utero-sacral ligaments through the posterior vault of the vagina, when relaxatio nor elongation of these structures exists as a factor in the problem.

No one of these operations is of sufficient age to permit final judgment now upon their merits. The best we can do is to judge them from the anatomical standpoint. To this statement however there is an exception. It relates to the method which involves fixation of the body of the uterus to the vagina. This step places this method within the pale of "vaginal fixations", a fixation, already discredited in all cases liable to pregnancy.

From the anatomical standpoint one cannot accept any procedure which as a matter of election cripples the bladder in benefitting the uterus. That this must result from fixing the uterus to the top of the bladder is evident. And that it would result from changing the relation of the anterior face of the uterus to the base of the bladder, as is done in the fixations to the utero-vesical fold of peritonæum, is probable ; so that aside from the doubt of any real good attending either form of vesical fixation, we must exclude methods which utilize the bladder as points of support.

This brings us to those which utilize the normal supports of the uterus. In one of them we find an adaptation of Olshausen's method of ventro-fixation. The round ligaments are sutured to the vagina, this constituting the sole measure of support. If this measure will suffice to cure the version analogy suggests that it may not hinder pregnancy and labor; for as will be seem when ventro-fixation is mentioned, that form of it which is confined to fixation of the uterus through the medium of the round ligaments alone is said to permit approximately normal pregnancy and labor. And yet the lower level at which this vaginal fixation is accomplished, would indicate a corresponding difference in the behavior of a pregnant uterus, a difference which might be covered by some degree of that impediment to delivery witnessed whenever the fundus and anterior face of the uterus has been held too low during the growth ot pregnancy. We must conclude then that the method is not free trom some of the discredit resting upon vaginal fixation in general and therefore reform it place here.

The remaining method confines itself to the utilization of only natural supports of the uterus, restricting itself to the round and the utero-sacral ligaments. This method seems to be the only vaginal method fitted for comparison with Alexander's operation in

the class of cases to which the comparison is restricted (uncomplicated retro-version during the child-bearing period). But as said, it is too young to permit of much beyond the anatomical comparison. Still some little may be said from the clinical standpoint. It would naturally appear that any operation involving free accens to the peritoneum carried with it more danger than one which, like Alexander's, rarely goes so far ; and we must admit this, but experience teaches that the peritoneal area involved in these vaginal operations is the one least apt to take on dangerous inflammation. This fact shortens the distance between the two along this line, so that one can say the difference here is relatively small.

Accepting, however, a difference in favor of the Alexander method, we address ourselves to the question of hernia. Experience again teaches that it is less likely to follow the vaginal incision, and for the present this is all we can say upon this point.

Returning to the purely anatomical features, it is evident that as good a position and perhaps better can be obtained by this vaginal method of dealing with the ligamentous supports of the uterus as with Alexander's. This presupposes easy vaginal access to these supports. A narrow outlet especially in a deep pelvis is no doubt unfavorable ; but this objection bears no harder upon the method in question than does the fact of certain degenerative and atrophic changes in the pubic and of the round ligament upon Alexander's operation. Both may be hampered, but in about equal proportion by its special foe.

But considering the differences existing in the actions of the round ligaments utilized in the two methods, the element of strength lies with the Alexander's, the outer section, the weaker, being utilized in the vaginal method, while the minor, the stronger is there utilized in the Alexander's.

Ending the comparison at this stage we can only say that Alexander's operation is far better than any vaginal method with attaches the uterus or its supports to the vagina or bladder, and that as yet the field is open between it and that vaginal method which utilizes only the natural ligamentous supports of the uterus, and which does so without attaching then to other structures.

VAGINO FIXATION

In appropriate order we come next to simple vagina fixation of the uterus, and its companion vesico fixation. Both have just been considered in connection with certain shortenings of the round ligament per vaginam, and each has figured as an insuperable objection to the complex methods of which they these formed a part.

Viewed as distinct methods they are no less open to the objection already stated, which in short is nothing more or less than that, one vagina fixation leads to difficult labors, even to cæsarian section, and the other seeks a doubtful support upon the walls of a companion organ, an anatomical fault which must yield a poor result from every standpoint. This practically excludes them from competition, at this stage of our inquiry.

VENTRO FIXATION

Concerning ventro fixations the case is less clear. They may be divided into two general classes. In one the body of the uterus is attached to the abdominal wall, in the other only the round ligaments just outside the uterus. The first class must be divided again into those in which an attachment merely to the peritoneum is sought, and those in which it is the aim to secure an attachment to the deeper structures of the abdominal wall.

Recent observations place the entire first class in much the same attitude towards pregnancy and labor as vagino fixation occupies [1], and if this cannot be refuted, the operation for this one reason alone must be abandoned. The advocates of this class claim that the objection lies only against the method which fixes the uterus to the thickness of the abdominal wall, that the method, which attaches the organ only to the peritoneum will insure as permannt result and yet permit such ascent of the uterus as to free it from the charge which rests against its companion [2].

This remains to be proven, and for the present, in view of the gravity of the question involved, the entire class must be viewed with disfavor. This leaves for comparison only ventro-fixation by

[1] Imlander.

[2] Noble.

means of the round ligament attachment. Primarily in common with every form of ventro-fixation it is open to the same objection as the abdominal adaptations of the Alexander's idea, nor only laparotomy — nor is this all, for like every form of ventro-fixation, it creates adhesions to the abdominal wall which are most unnatural and not free from risk. Personally my experience with forty-six cases of this class has been that the therapeutic result was much less satisfactory than that obtained in the Alexander's (131 cases). The position attained is certainly much further removed from the anatomical ideal than that furnished by the Alexander's, so that even granting its freedom from any malign influence upon pregnancy and labor, we still find it in common with all ventro-fixations faced by objections which outweigh those against its competitor (Alexander), — viz : laparatomy, adhesions to the abdominal wall, a markedly distorted position, and in the writer's experience a less favorable therapeutical result.

Summing up the conclusions reached so far, we affirm that in uncomplicated cases of retro-version during the child-bearing period :

1st. — Alexander's operation is preferable to any of its abdominal adaptations, to any of the forms of ventro-fixation, vagino-fixation or vesico-fixation.

2nd. — It has yet to contest the field with the shortening of the ligaments conducted through the vagina.

Let us consider next uncomplicated retro-flexions in the child-bearing period. For the purposes of our discussion we can readily divide them into two classes :

1st. — Such as are due to lack of development, or to contraction, with induration at the region of flexion. It is a condition of elasticity.

2nd — Such as are due to softening of the involved area, a condition common more or less to the uterus which is enlarged as a whole. The combination of weight above and flaccidity below resulting in a toppling backward of the body, and bending at the region of least resistance, the cervical junction.

It is a condition of flaccidity.

The elasticity of the first form maintains the flexion more or less when the fundus is raised, the flaccidity of the second permits correction of the flexion when the fundus is raised.

From the outset it was admitted that Alexander's operation failed to meet all the requirements of these conditions, and if one

will only study the action of this shortening process as made through the inguinal canal he can satisfy himself as to the reason.

As the round ligament is drawn out from the ring it is torn from its attachments in the broad ligament for some distance towards the uterus, it slides along its sheath beneath the peritoneum. The net result to the broad ligament is that it is lifted up and down, forward and outward. While exercising this action upon the broad ligament the round is likewise drawing the uterus forwards, partly through its direct action at the cornua, partly through its indirect action through the medium of the broad ligament. It is evident that the more voluminous the broad ligament is, the less the indirect action upon the uterus and the greater the direct; hence it comes that in certain cases traction upon the outer end of the round ligament expends itself upon the uterus at the cornua, causing the body to tip forward, while in others it is diffused more or less along the entire lateral margin of this organ. When this indirect or marginal traction is pronounced, the uterus is merely lifted as a whole, its several parts maintaining the same relation one to the other as prevailed prior to the application of traction. My observations upon the cadaver and at the operating table have confirmed to me the above statements and have also shown me that retroflexions of the first class are apt to be accompanied by the lack of volume in the broad ligament which conduces to the marginal traction in question.

From my standpoint then I can see abundant reason for the failure of Alexander's operation in many cases of retro-flexion. The fact that a stem pessary is advocated as an adjunct in such cases best emphaszes the incompleteness of the procedure and with other reasons justifies the search for something better.

It is here that the intra-pelvic shortenings of the round ligament, and ventro-fixations are especially advocated and it is evident that any one of them can be made to answer. But all of them are open to the objections already enumerated when discussing their application to version, and the objections bear fully as hard seeing that there is every reason to believe that a vaginal shortening of the round ligaments will accomplish every purpose. I would suggest then that these flexions be treated by vaginal shortening of the round ligament.

In cases with voluminous broad ligament an easy and direct purchase is thus obtained upon the fundus and with those with less volume, the necessary folding inward of the broad ligaments; elimi-

nates the marginal traction entirely or concentrates its outer and more efficient lines at the cornua, this making them an aid rather than a hindrance to the action of the round ligament in holding the fundus forward.

But pending a conclusive demonstration of the merits of this procedure, we are justified in employing one which has heretofore been found to furnish an adequate result with the minimum of defect. The choice lies between attaching the round ligaments to the abdominal wall and an intra abdominal shortening, the writer's preference being for the latter.

RETRO-DEVIATIONS COMPLICATED BY ADHESIONS.

Let us consider next versions and flexions complicated by adhesions. Apart from the fact that adnexal disease enters into this condition, the influence of the adhesions has always heretofore been sufficient to nullify Alexander's operation, requiring laparatomy taking precedence in version as well as flexions. But the advent of colpotomy suggests new combinations. For instance. It has been proved that a retroverted adherent uterus and appendages can be sufficiently freed to permit an efficient Alexander's. The writer demonstrated this in 1887 [1], working through an abdominal incision, and again in 1895 [2], working through a vaginal. And the latter procedure promises to place Alexander's operation more upon a parity with the operations requiring laparotomy in adherent retroversions.

But in the face of what is a side issue in this discussion and yet one liable to be present in any case of adhesion, viz., the demand for a so-called « conservative » operation upon the appendages, it is still questionable whether this addition (colpotomy) to the Alexander's gives, as a rule, a sufficiently good command of the operative field to really place the procedure, upon the footing just stated. The writer is disposed to think it does, but is prepared to abandon this position if he finds himself in error.

Continuing the enquiry, we come to operations which aim to correct the conditions now before us solely through the vagina, and we find them arrayed not only against such as involve laparotomy but the combination of the Alexander's with colpotomy as well.

[1] Transactions Amer. Gynaecolog Society 1887.
[2] From New-York Obstet. Society, 1895.

As between a purely vaginal method and the combination with the Alexander's, we come at once upon the decided advantage possessed by the former in permitting the completion of the operation at the site of the original incision, and as between this same method and any operation requiring laporotomy we find the latter handicapped by the disadventages of an abdominal incision and operation as already fully stated in connection with uncomplicated retro-deviations.

Here again comes up that same side issue, viz., conservative operations upon the appendages. But if it can be shown that this work can be accomplished sufficiently well through the vaginal opening, then vaginal shortening of the uterine supports must prevail here also.

We would conclude then that in adherent versions and flexions certain operations involving laparotomy (by preference intra-abdominal shortening of the round ligaments) and even Alexander's have yet a place, but as with the uncomplicated deviations, a vaginal method bids fair to supplant them all.

And what shall be said concerning the treatment of a retro-deviation in a uterus deprived of its appendages ? As I belong to the class of operators who believe that the uterus should accompany its appendages, there would be few of the cases in question in my hands for the treatment under discussion. But, as there are such cases, it is proper to consider them here.

If the operation of removing the appendages is done thoroughly, one has every right to expect speedy atrophy of the uterus, which so far alters the organ in all its aspects as to diminish materially the ill effects of any retro-deviation.

In the writer's experience this forbids such a distortion as must result from any form of ventro-fixation, but favors the application of intra-abdominal shortening of the round ligaments which in many cases can be readily and efficiently accomplished by merely drawing a loop of the round ligament through the same ligature we employ in ligating the appendages.

In other cases any one of the intra-abdominal shortenings already mentioned will suffice.

These remarks are based upon the supposition that the field of operation has been approached by an abdominal incision. If it has been approached through the vagina one would naturally aim to complete the operation there, employing either vaginal fixation of

the round ligaments or shortening them as seems easiest at the time.

Finally we come to cases of the deformity requiring operation after the child-bearing period. They are few in number and like those deprived of the appendages are of lesser importance because of the absence of the question of pregnancy and the certainty of atrophy. These facts simplify the problem of operation to such a degree that I think we can exclude any form of operation requiring laparotomy.

The known tendency of the round ligaments to suffer atrophy in common with the uterus, will alone exclude many of these cases from the province of the Alexander's operation, leaving us a vaginal method as the one best suited to this class as a whole.

In determining which it should be, I would again suggest the method which much shortens the round ligaments by looping them upon each side, this to be accompanied by shortening of the utero-sacral ligaments when necessary. If adhesion exist, it is assumed that they have been severed.

I have purposely avoided fuller allusion to the complicating conditions of ovarian and tubal disease that is contained in my mention of the necessity for some form of "conservative" operation in certain cases of adherent retro-deviations. It is evident that this same question may be presented in cases free from adhesions, as with the prolapsed ovary, and influence here as there the choice of method. But so long as it cannot be proven that we fail to deal efficiently with this complication through the vagina, the conclusions reached for the one are not vitiated for the other.

CONCLUSIONS

Summing up the deductions of our presentation of the subject : « The surgical treatment of Retro-deviations » we submit them in the following propositions.

1st Retro-deviations, especially in a uterus capable of pregnancy, should *not* be treated by any operation, which fixes the fundus or body to the abdominal wall or to any contiguous structure, such as the bladder or vagina.

2nd In cases capable of pregnancy uncomplicated Retro-versions should

be treated by external inguinal shortening of the round ligaments (Alexander's operation), and they may be treated by intra-peritoneal shortening of the round and utero sacral ligaments, operating through the vagina.

3rd In cases capable of pregnancy, uncomplicated retro-flexions should be treated by intra-peritoneal shortening of the round ligaments, and if necessary, of the utero sacrals as well, operating through the vagina.

4th In cases capable of pregnancy, retro-deviation complicated by adhesions should be treated by intra-peritoneal shortening of the round ligaments, and when necessary, of the utero sacrals also operating *when possible* through the vagina.

Alexander's operation may be applied to versions after rupture of the adhesions (through colpotomy) provided the round ligaments have not adhered to their sheaths, as sometimes happens, because of the prior perimetric inflammation.

5th Retro-deviations in a uterus deprived of its appendages should be treated by intra-peritoneal shortening of the round ligaments, and of the utero sacrals also, when needed.

6th Retro-deviations after the menopause should be treated by intra-peritoneal shortening of the round ligaments, and of the utero sacral also, conducting the operation through the vagina, if it be possible. If then be no adhesions and the uterus not atrophied, Alexander's operation will suffice.

7th Whenever elongated, so as to form a direct factor in retro-deviations, the utero sacral ligaments should be shortened, as a part of the operation, the vagina beeing the most possible route for the procedure.

8th Prolapse in minor degree is best treated by the combination of Alexander's operation with shortening of the utero sacral ligaments.

Then observations on the conclusions reached by the writer, after a study of the results chucked by his own experience in

135 Alexander operations.
43 Ventro fixation for retro-deviations.
5 Vagina fixations.
18 Intra-peritoneal; shorting of round ligaments. — 14 by laparotomy. 4 by colpotomy.
7 Mixed cases. — 5 of round ligaments anterior to uterus. 1 ventro fixation after colpotomy. 1 sacral adhesions.

208 + 10 cases prolapse.

APPENDIX. — THE OPERATION OF "SHORTENING THE ROUND AND UTERO SACRAL LIGAMENTS"

1st The anterior vault of the vagina is opened as in anterior colpotomy the vesico uterine space is enticed, the uterus and appendages are freed from adhesions if such exist, the uterus is antiverted and the fundus brought into the vagina.

The round ligament with its peritoneal sheath is encircled with a silk su-

ture, as far out from the uterus as will permit the easy attachment of the part encircled to the uterus at the origin of this ligament.

This folds the ligament inwards upon itself, presenting of course two loops, one is always sutured to the uterus, the other is now sutured to the round ligament outside the folded section, which section in turn is encircled with the third suture, special care must be taken to avoid the tube, the suture being possed as close to the ligament as possible.

The maneuvre is repeated on the opposite side, the uterus is replaced in the peritoneal cavity and the wound closed with catgut, suturing first the peritoneum, and then the vaginal wall.

2nd Open the posterior vault of the vagina, by a transversal incision coincident with the utero vaginal junction, and extending fully to the corne of is lateral aspect upon both sides. Enter Douglas's Cul-de-Sac, and pass a stout silk suture over the utero sacral ligament at about its middle. This is done one both sides, the ligaments being put on the stretch to facilitate the procedure. One end of each suture is now passed through the vaginal wall, each upon is ower side, at the outher ends or angle of the cut, and is then firmly tied. This draws the cervix upwards und backwards to the extend of about half the length of each utero sacral ligament. The wound in the vagina is closed with catgut, and the sutures holding the utero sacral ligaments are left long, tube removed at the end of two weeks. The patient is confined to bed at least three weeks, no pessary is used. Special care taken to keep bowels open and avoid distention of the bladder, cases with proeminent abdomen should subsequently bear an abdominal supporter.

UEBERSETZUNG DES REFERATES : CHIRURGISCHE BEHANDLUNG DER RETRODEVIATIONEN

1° Die Retrodeviationen des Uterus, und ganz speziell diejenigen bei fähungsfähigen Kranken, dürfen nicht chirurgisch so behandelt werden, dass der Fundus oder der Uteruskörper selbst an der Abdominalwand, oder an den Nachbarorganen, Blase oder Vagina, fixirt wird.

2° Die uncomplicirten Retroversionen bei fähungsfähigen Personen müssen durch die äussere, das heisst inguinale Verkürzung der runden Ligamente, Alexander's Operation, behandelt werden. In diesen Fällen kann man auch die intraperitoneale Verkürzung der runden und der utero sacralen Ligamente durch die Vagina ausführen.

3° Bei den fähungsfähigen Kranken müssen die uncomplicirten Retroflexionen durch die intraperitoneale Verkürzung der runden und wenn es nothwendig ist auch der utero sacralen Ligamente behandelt werden, beide Operationen durch die Vagina ausgeführt.

4° Die adherenten Retrodeviationen, bei Frauen vor der Menopose,

müssen durch die intraperitoneale Verkürzung der runden und wenn nöthig auch der utero sacralen Ligamente behandelt werden, beide Operationen womöglich durch die Vagina ausgeführt. Die Alexander-Operation kann auch nach Ruptur der Adhäsionen durch Colpotomie, in den Fällen ausgeführt werden, wenn die runden Ligamente nicht in den Adhäsionsmassen eingehüllt sind, wie es so oft der Fall ist nach den perimetritis anterior.

5° Die Retrodeviationen nach Salpingo-oophorectomie, müssen durch die intraperitoneale Verkürzung der runden und wenn nöthig auch der utero sacralen Ligamente behandelt werden.

6° Nach der Menopose die Retrodeviationen müssen durch die intraperitoneale Verkürzung der runden und der utero sacralen Ligamente behandelt werden, beide Operationen irgend womöglich durch die Vagina ausgeführt. Die Alexander-Operation wird genügen, wenn keine Adhäsionen existiren, und dass der Uterus nicht atrophirt ist.

7° Wenn die utero sacralen Ligamente verlängert sind und dass sie auf diese Weise eine Hauptrolle bei der Retrodeviation spielen, so muss ihre Verkürzung vorgenommen werden ; diese Operation wird am besten durch die Vagina ausgeführt.

CONCLUSIONS DU RAPPORT SUR LA QUESTION : TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRODÉVIATIONS

1. Les rétrodéviations et tout spécialement celles intéressant l'utérus apte à l'état de gestation, ne doivent pas être soumises à un traitement opératoire, qui fixe le fond ou le corps de l'organe à la paroi abdominale, ou à un des organes voisins, la vessie ou le vagin.

2. Les rétroversions sans complications et chez des malades encore aptes à concevoir doivent être traitées par le raccourcissement externe, c'est-à-dire inguinal des ligaments ronds (opération d'Alexander). On peut aussi pratiquer dans ces cas le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds ou des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale.

3. Chez les malades encore en état de concevoir les rétroflexions non compliquées devront être traitées par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds et si c'est nécessaire des ligaments utéro-sacrés, les deux opérations faites par voie vaginale.

4. Les rétrodéviations adhérentes doivent être opérées, chez les femmes n'ayant pas atteint la ménopause, par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds et si c'est nécessaire des ligaments utéro-sacrés, par la voie vaginale, si possible. L'opération d'Alexander peut être appliquée à ces déviations, après rupture des adhérences après colpotomie, dans le cas où les ligaments ronds ne sont pas intéressés dans les adhérences, comme cela est souvent le cas après des poussées inflammatoires de périmétrite antérieure.

5. La rétrodéviation d'un utérus, dépourvu de ses annexes (après salpingo

oophorectomie) doit être traité par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, si c'est nécessaire.

6. Après la ménopause les rétrodéviations doivent être traitées par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés, ces opérations devant être exécutées, si possible, par la voie vaginale. L'opération d'Alexander suffira s'il n'existe pas d'adhérences et que l'utérus n'est pas atrophié.

7. Lorsque les ligaments utéro-sacrés sont allongés et que de cette manière ils sont un facteur important de la rétrodéviation, leur raccourcissement devra être compris dans l'opération ; la voie vaginale est préférable dans ce but.

APPENDICE. — OPÉRATION DU RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS ET UTÉRO-SACRÉS

1° Le cul-de-sac antérieur du vagin est incisé comme dans la colpotomie antérieure, l'utérus et les annexes sont libérés de leurs adhérences, s'il en existe, l'utérus est amené en antéversion et le fond de l'organe attiré dans le vagin. Le ligament rond, y compris son revêtement péritonéal est entouré d'une suture à la soie assez éloignée de l'utérus pour permettre son attache facile à l'utérus, au niveau du point d'origine du ligament rond. De cette façon celui-ci est replié sur lui-même et présente naturellement deux boucles, dont l'une est suturée à l'utérus tandis que l'autre le sera au ligament rond lui-même en dehors de la partie repliée. Une troisième suture est placée sur la boucle elle-même. On doit prendre soin de ne pas blesser la trompe en passant cette dernière suture. Après avoir répété la même manœuvre du côté opposé l'utérus est rentré dans la cavité péritonéale et l'ouverture vaginale est fermée au catgut en suturant d'abord le péritoine seul et puis la paroi du vagin.

2° Ouverture du cul-de-sac postérieur par une incision transversale au niveau de l'insertion utéro-vaginale, s'étendant des 2 côtés jusqu'aux culs-de-sac latéraux. On entre dans le Douglas et on jette une forte suture de soie sur le ligament utéro-sacré, environ à son point médian. On pratique cela des deux côtés en tendant les ligaments afin de faciliter cette manœuvre. L'extrémité de chaque suture est passée à travers la paroi vaginale, chacune de son propre côté et à l'angle extrême de l'incision. les fils sont serrés solidement. De cette manière le col est attiré en arrière et en haut et arrive ainsi à environ mi-hauteur des ligaments utéro-sacrés. Le cul-de-sac est fermé au catgut et les sutures intéressant les ligaments utéro-sacrés sont laissées longues ; le drain est enlevé après la quinzaine. La malade doit garder le lit 3 semaines, on n'appliquera pas de pessaire. Il faut surveiller l'évacuation régulière de l'intestin et de la vessie ; les malades affligés d'un abdomen proéminent devront porter une ceinture ventrale.

BIBLIOGRAPHY CONCERNING THE

ALEXANDER'S OPERATION

ADAMS, J. A. — Glasgow Med. J. 1882. Vol. XVII. pp. 437-446.
ALAXANDER, W. — Book. London. 1884.
» Med. Times & Gaz. Lond. 1882. Vol I, p. 327.
» Liverpool Med. Chir. J. 1883. Vol. III, pp. 113-124.
» Edin. Med. J. 1884-5. Vol. XXX, pp. 1030-1033.
» Brit. Gyn. Soc. J. Lond. 1885-6. Vol. I, pp. 246-269.
» Med. Chron. Manchester, 1885. Vol. II, pp. 369-374.
» Brit. Med. J. Lond. 1885. Vol. II, p. 671.
» Tr. Internal. Med. Cong. Wash. 1887. Vol. II, pp. 742-756.
» Brit. Med. Jorn. Lond. 1891. Vol. I, pp. 348-350.
ALLOWAY, T. J. — Montreal Med. J. 1889-90. Vol. XVIII, pp. 721-730.
ASHBY, T. A. — Md. Med. J. Baltimore 1886-7. Vol. XVI, pp. 293-298.
BATCHELOR, F. C.— New Zealand Med. J. Dunedin. 1894. Vol. VII, pp. 226-229.
BLAKE, J. G. — Bost. Med. & Sur. J. 1891. Vol. CXXV, p. 622.
» « Ligaments gone ». Bost. Med. & Sur. J. 1894. Vol. CXXXI, p. 611.
» Results. Bost. Med. & Sur. J. 1895. Vol. CXXXII, p. 410.
BRANHAM, J. H. — Tr. Am. As. Obs. & Gyn. Phila. 1890. Vol. III, pp. 89-95.
BURT, F. S. — Am. Gyn. Bos. 1887-8. Vol. I, pp. 142-144.
» Report. Murdock Free Surg. Hosp. for Women. 1887-8. Vol. I. p. 63.
BIRD, A. — N. Y. J. Gyn. & Obs. 1894. Vol. IV, p. 37.
BYFORD, H. I. — Jour. Am. As. Chicago. 1888. Vol. X, pp. 349-353.
» Am. J. Obs. N. Y. 1891. Vol. XXIV, pp. 834-836.
» Round ligaments shortened by vaginal section. Am. Gyn. & Obs. J. 1896. Vol. VIII, p. 774.
CAMPBELL, W. M. — Liverpool Med. Chir. J. 1883. Vol. III, pp. 240 & 253.
CARPENTER, A. B. — Jour. Am. Med. As. Chicago. 1890. Vol. XIV, p. 308.
» Modified. Phil. Med. News. 1889. Vol. LV, p. 18.
CASOTI. — Modified. — Am. J. Med. Sci. 1888. Vol. XCVI, p. 323.
CLEGHORN, G. — New Zealand Med. J. Dunedin, 1895. Vol. VIII, pp. 234-343.
CLEVELAND, C. — Am. Gyn. & Obs. J. N. Y. 1895. Vol. VI, pp. 704-867.
» Tr. Am. Gyn. Soc. Phila. 1895. Vol. XX, pp. 125-158.
COE, H. C. — N. Y. Med. Jour. 1888. Vol. XLVII, p. 297.
» Tr. Colo. Med. Soc. Denver 1887. pp. 84-89.
DAVENPORT, F. H. — Versus pessary. Am. J. Obs. N. Y. 1894. Vol. XXX, pp. 91-99.
» Tr. Am. Gyn. Soc. Phila. 1894. Vol. XIX, pp. 206-223.
DOLÉRIS. — Phila Med. News 1887. Vol. LI, p. 366. Boston Med. A. Surg. J. 1887. Vol. CXVII, p. 334.

EDEBOHLS, G. M. Modified. — N. J. Med. J. 1890. Vol. LIII, pp. 400-404. Am. Jorn. Obs. NY. 1891. Vol. XXIV, pp. 582-586.
EDGE, F. Kocher's modification (radical). — Lancet. London. 1894. Vol. I, p. 146.
ELDER, G. — Brit. Med. J. Lond. 1884. Vol. II. p. 959.
FOREMAN, J. — Tr. Intercolonial Med. Cong. Australas. Adelaide. 1888. Vol. I, pp. 204-208.
FOWLER, G. R. — Am. Surg. St. Louis. 1886. Vol. IV. pp. 42-46.
FRANK, J. By laparotomy. — Am. Gyn. As. Boston. 1888-89. Vol. III, pp. 17-19.
» Ligature carrier. — Am. J. Obs. N. Y. 1895. Vol. XXXII. p. 280.
» By laparotomy 5 yrs. results. Am. J. Obs. N. Y. 1896. Vol. XXXIII, pp. 377-380.
» By laparotomy.—Annal of Gyn. & Ped. Phila. 1889-90. Vol. III, p. 17.
GARDNER, W. Prac. So. Austral. Branch. Brit. Med. As. Adelaide. 1883-84, pp. 28-32.
» Australas, Med. Gaz. Sidney. 1883-84. Vol. III, pp. 55-57.
» Austral. Med. J. Melbourne. 1884. N. S. Vol. VI, pp. 390-396.
» Glasgow. Med. J. 1884 (4) s. XXII, pp. 321-327.
» Austral. Med. J. Melbourne. 1886. Vol. XIII, pp. 437-445.
» Tr. Intercolonial. Med. Cong. Austral. 1887. Adelaide. 1888. Vol. I, pp. 214-225.
GEHRUNG, E. C. — Denver. Med. Times. 1884-85. Vol. IX, pp. 150-153.
GILLAN, D. T. — Tr. Ohio. Med. So. Cleveland. 1889, pp. 37-41.
» Times & Reg. Phila. 1889. Vol. XX, p. 222.
GOFFE, J. R. Laparotomy. — N. Y. Jour. Obs. 1892. Vol. I, p. 728.
HARRINGTON, B. F. — Boston Med. & Surg. J. 1886. Vol. CXIV, pp. 390-392.
HERMAN (death). Med. Times & Gaz. London. 1885. Vol. II, p. 112.
HERRICK, O. E. — Am. Journ. Obs. N. Y. 1891. Vol. XXIV, pp. 314-319.
» Am. Journ. Obs. N. Y. 1892. Vol. XXV, pp. 490-493.
HILLS, A. T. — N. Y. Med. Times. 1888-89. Vol. XVI, p. 271.
IMLACH, F. — Edin. Med. Jour. 1884-85. Vol. XXX, pp. 913-980.
JOHNSON, F. W. — Boston Med. & Surg. J. 1891. Vol. CXXV. pp. 404-406.
» Twin pregnancy and labor. Bost. Med. & Surg. 1892. Vol. CXXVI, p. 363.
» Am. Gyn. & Obs. J. N. Y. 1896. Vol. VIII, p. 457 and p. 542.
KEITH, S. — Tr. Edin. So. 1885-86. Vol. XI, pp. 102-104.
KELLOG, J. H. — Also median colporrhorophy. — Tr. Mich. Med. So. Detroit. 1887. Vol. XI, pp. 225-231.
» (20 cases). Tr. Internal. Med. Cong. Wash. 1887. Vol. II, pp. 764-774.
» (25 cases). Amer. Gyn. Boston 1887-88. Vol. I, pp. 107-115.
» New post Colporrhorophy. Boston Med. & Surg. J. 1888. Vol. CXIX, p. 321.
» (48 cases). Jr. Am. Med. As. Chicago. 1888. Vol. XI, pp. 793-803.
» (63 cases). Tr. Am, As. Obs. & Gyn. Phila. 1888. Vol, I. pp. 222-225.
» (73 cases). Tr. Mich. Med. So. Detroit. 1889. Vol. VIII, pp. 311-332.

Kelly, H. A. — Jour. Am. Med. As. Chicago. 1893. Vol. XXI, p. 332.
Kustner. — Am. Jour. Med. Sci. 1895. Vol. CXIX, p. 723.
Lediard, H. A. — Brit. Med. Jour. 1884. Vol. I, p. 354.
Mann, M. D. — Laparotomy. — Am. J. Obs. N. Y. 1895. Vol. XXI, p. 732.
» Med. News. Phila. 1895. Vol. LXVI, pp. 315-317.
Martin, F. H. — Without buried suture. — Am. Gyn. & Obs. J. 1896. Vol. VIII, p. 468.
Mattlakowski. Laparatomy original oper. — Am. J. Obs. N. Y. 1892. Vol. XXV, p. 267.
McDonald, W. O. — Homeopath. J. Obs. N. Y. 1886. Vol. VIII, pp. 44-48.
Munde, P. F. — New England Med. Month. Sandy Hook. Conn. 1884-85. Vol. IV, pp. 353-357.
» Am. J. Obs. N. Y. 1885. Vol. XVIII. pp. 1188-1190.
» Ibid. 1888. Vol. XXI, pp. 1121-1138.
» Results. Internat. Clinic. Phila. 1893. 3. s. Vol. III, p. 263.
» (10 yrs. experience). — Med. Record N. Y. 1894. Vol. XLVI, pp. 33-35.
» Results. 23 cases. — Boston Med. & Surg. J. 1888. Vol. CXIX, p. 557.
Mynter, H. — Buffalo Med. & Surg. J. 1886-87. Vol. XXVI, pp. 241-251.
Newman, H. B. — 6 yrs. experience. Am. Gyn. & Ped. Phila. 1893-94. Vol. VII, pp. 625-636.
Parrish, W. H. — N. Y. Med. J. 1885. Vol. XLI, p. 621.
Polk, Wm. H. — Phila. Med. Times. 1884-85. Vol. XV, pp. 857-860.
» Med. Record N. Y. 1886. Vol. XXX, pp. 1-4.
» Am. J. Obs. N. Y. 1886. Vol. XIX, pp. 158 & 605.
» Ibid. 1888. Vol. XXI, p. 1271.
Reid, W. L. — Brit. Med. J. London. 1884. Vol. II, p. 958.
» Tr. Internat. Med. Cong. Wash. 1887. Vol. II, pp. 757-764.
Robson, A. W. M. — Versus hysteropexia. — Quar. Med. Jour. Sheffield. 1894-95. Vol. III, pp. 40-43.
Rodman, W. L. Am. Prac. & News. Louisville. 1888. N. S. Vol. VI, pp. 195-197.
Stocker, S. — Am. Gyn. & Obs. J. 1896. Vol. VIII.
Smith, A. L. — Canada Med. Rec. Montreal. 1886-87. Vol. XV, pp. 25-29.
» Versus venlral fixation. Am. Gyn. & Obs. J. N. Y. 1895. Vol. VI, pp. 852-857.
» Versus ventral fixation. Tr. Am. Gyn. So. Phila. 1895. Vol. XX, pp.117-124.
Stone, I. S. Versus ventro fixation. Gaillard's Med. Jour. N. Y. 1889. Vol. XLIX, p. 442.
Strong, C. P. Boston Med. & Surg. J. 1888. Vol. CXVIII, pp. 166-168.
» (6 cases). Boston Med. & Surg. J. 1888. Vol. CXVIII, p. 251.
Swift, J.-B. — Boston Med. & Surg. J. 1887. Vol. CXVI, p. 421.
Winslow, R. — Med. News. Phila. 1884. Vol. XLV, p. 398.
» Tr. Med. & Chir. Fac. Md. Baltimore. 1887, pp. 114-119.
» Md. Med. J. Baltimore. 1887. Vol. XVII, pp. 343-345.
Whylie, W. G. — New operation. Pittsburg Med. Review. 1888. Vol. II, p. 161.
» New Method. — Am. J. Obs. N. Y. 1889. Vol. XXII, pp. 478-485.

Alloway, T. J. — Am. J. Med. Sci. 1890. Vol. C. p. 644.
Blake, J. G. Results. — Med. & Surg. Report. Boston City Hosp. 1895-96. S., pp. 87-94.
Newman, H. P. — Am. J. Obs. N. Y. 1888. Vol. XXI, pp. 1291-1302.
» Ibid. 1891. Vol. XXIV, pp. 257-268.

VENTRO-FIXATION

Assaky. — Bul. Med. Paris 1890. Vol. IV, p. 719.
» Rev. de Chir. Paris 1890. Vol. X, p. 77.
» Bul. Mem. Soc. de Chir. de Paris 1889. N. S. Vol. XV, p. 729.
Baum, F. By needle no incision. — J. Am. As. Chicago 1894. Vol. XXII, p. 912.
» Ibid. 1894. Vol. XXIII., p. 241.
Bishop, E. S. Also vagino-fixation. — Liverpool Med. and Chir. J. 1896. Vol. XVI, pp. 110-115.
Bond, Y. H. No incision. — So. Cal. Practitioner. Los Angeles 1894. Vol. IX, pp. 214-223.
» No incision. — J. Am. Med. As. Chicago 1894. Vol. XXII. pp. 839-842.
» No incision. Tr. Med. As. Missouri 1894. pp. 184-195.
Braithwaite, J. — Brit. Med. J. London 1894. Vol I, p.1073.
Crespi. No incision. — Am. J. Med. Sci. 1891. Vol. CII, p. 213.
Czempin. No incision. — Am. J. Med. Sci. 1894. Vol. CVIII, p. 320.
» Krug's method. — Ibid 1895. Vol. CX, p. 624.
Dumaret. — Am. J. Med. Sci. 1890. Vol. XCIX, p. 545.
Duncan. — Middlesex Hosp. Rep. London 1892-94. p. 189.
Edebohls, G. M. — Pregnancy following. — N. Y. J. Gyn. and Obs, 1894. Vol. IV, pp. 696-699.
» Pregnancy following. Ibid. Vol. IV, pp. 76 and 444.
Engstrom, O. — Brit. Gyn. So. Vol. VII, pp. 494-507.
Farrell, E. — Maritime Med. News. Halifax. 1894. Vol. VI, pp. 323-325.
Fehling. — N Y. J. Gyn. and Obs. 1892. Vol. II, p. 728.
Fenwick, K. U. — Columbus Med. J. 1894-95. Vol. XIII, pp. 505-508.
» Am. Gyn. and Obst. N. Y. 1894. Vol. V, pp. 645-647.
Foerster, F. Also vagino-fixation. — Am. J. Obs. N. Y. 1895. Vol XXXI, pp. 622-750.
Fowler, G. R. — By urachus. — N. Y. Med. Jour. 1895. Vol LXII, p. 417.
Fraipont. — And pregnancy. — Am. Jour. Med. Sci. 1892. Vol CIV, p. 117.
Freeborn, G. C. — (Septicæmia). — Am. Jour. Obs. N. Y. 1895. Vol. XXXII, p. 158.
Fritsch, H. — (And vagino-fixation). — Deutsche Med. Wochenschr. Leipzig N. Berlin 1894. Vol XX, pp 6-8.
Frommel. — Am. J. Obs. N. Y. 1894. Vol. XXIV, p. 285.
» N. Y. Jour. Gyn. and Obs. 1894. Vol. V, p. 466.
» Phila. Med. News 1889. Vol. LV, p. 220.
Goelet, A. H. — Am. Gyn. and Obs. J. 1896. Vol. VIII. p. 62.
Goodwin. — Pregnancy following. — Am. J. Obs. N. Y. 1894. Vol. XXX, p. 370-374.
Gottschalk. Pregnancy following. Am. J. Med. Sci. 1891. Vol. CI, p. 513.

Guboreff, A. P. — Comp. labor and Caesarian section. — Med. week Paris 1895. Vol. III, p 305.
Hall, R. B. — Am. J. Obs. N. Y. 1890. Vol. XXIII.
Hegar. — Phila. Med. News 1889. Vol, LV, p. 220.
Jacobs, M. Also vagino-fixation. — Am. Gyn. and Obs. Jour. 1895. Vol. VI, p. 243.
Kaltenbach, A. — Am. J. Obs. N. Y. 1890. Vol. XXIII, p. 434.
Keith, T. Supra-pubic. Lancet, London 1894. Vol. II, pp. 679-681.
Kelly, H. A. — J. Am. Med. As. Chicago 1886, p. 660.
» Med. News. Phila. 1886. Vol. XLIX, p. 636.
» Am. J. Obs. N. Y. 1887. Vol. XX, p. 33-46.
» Am. J. Med. So. Phila. 1888. N. S. Vol. XCV, pp. 468-481.
» John Hopkins. Hosp. Bul. 1889-90. Vol. I, pp. 17-19.
» Ibid. 1892-94. Volr III, pp.343-358.
» 200 cases. J. Am. Med. As. Chicago 1895. Vol. XXV, pp. 1079-1081.
Kletzsch, G. A. — N. Y. J. Gyn. and Obs. 1892. Vol. II, p. 47.
Krug, F. — Outside methode. — N. Y. Med. Jour. 1891. Vol. LIII, p. 11-14.
Küstner. — Am. J. Med. Sci. 1889. Vol. XCVIII, p. 437.
» Phila. Med. News. 1889. Vol. LV, p. 220.
Leopold, C. G. — Am J. Med. Sci. 1888. Vol. XCV, p. 646.
» Am. J. Obs. N. Y. 1889. Vol. XXII, p. 895.
Lee, C. C. — Am. J. Obs. N. Y. 1888. Vol XXI, pp. 1249-1256.
Leon. — Results. — Am. J. Med. Sci. 1895. Vol. CX, p. 735.
Löhlein. — Effect on preg. after failure of Alexander. — Am. J. Med. Sci. 1894. Vol. CVIII, p. 735.
Ludlam. — Clinique, Chicago 1893. Vol. XIX, p. 321.
Milander, — Pregnancy transverse presentation. — Am. J. Med. Sci. 1896. Vol. CXI, p. 367.
Morris, R. T. — N. Y. Med. Jour. 1892. Vol. LXI, p. 437.
Müller (Berne). — Am. J. Obs. N. Y. 1890. Vol. XXIII, p. 443.
Napier, A. D. L. — Brit. Med. Jour. 1893. Vol. II, pp. 838-842.
Noble, C. P. — Effect on labor. — Am. J. Obs. N. Y. 1896. Vol. XXXIII, p. 243.
» Trans. Amer. Syn. Society 1896.
Penrose, C. B. — Am. J. Obs. N. Y. 1895. Vol. XXXI, p. 346.
» Results. — Am. J. Obs. N. Y. 1896. Vol. XXXIII, p. 227-247.
Phillips, J. — Lancet. London 1888. Vol. II, p. 760-762.
» Braithwaits. Retrospect. Vol. XCIX, p. 386.
Pozzi. — Brit. Med. Jour. London 1893. Vol. II, p. 180-183.
Præger, — Braithwaits. Retrospect. 1890. Vol. CII.
Prince, J. A. — Annals Gyn. and Ped. Phila. 1892-93. Vol. VI, pp. 749-753.
» Tr. Ills. Med. So. Chicago 1893. Vol. XLIII, pp. 277-284.
Puls, A. J. — Internat. Med. Mag. Phila. 1893. Vol. II, pp. 1015-1018.
Riviere and Alexander. — Am. J. Med. Sci. 1893. Vol. CV, p. 224.
Ryder, G. Boston Med. and Surg. J. 1893. Vol. CXXVIII, pp. 389-391.
Sænger. — Am. J. Med. Sci. 1892. Vol CIII, p. 101.
» Ibid. 1889. Vol. XCVIII, p. 437.
» Phila. Med. News. 1889. Vol. LV, p. 220.
» Pregnancy following. — Ibid. 1891. Vol. LIX, p. 71.
Shimonek, F. — Milwaukee Med. J. 1895. Vol. III, p. 397.
Shoemaker, G. — Tr. Med. So. Penn. Phila. 1895. Vol. XXVI, pp. 401-404.

Sinclair, W. J. — Med Chron. Manchester 1894. N. S. Vol. I, pp. 16-26.
» Am. J. Obs. N. Y. 1895. Vol. XXXII, p. 282.
Skene, A. J. C. — Internat. Clinic Phila. 1891. Vol. II, pp. 212-215.
Spæth, F. — Am. J. Obs. N. Y. 1890. Vol. XXIII, p. 671.
» Brit. Med. J. London 1892. Vol. II, p. 378.
» Braithwaits Retrospect 1890. Vol. CII, p. 412.
» Am. J. Med. Sci. 1890. Vol. C, p. 100.
» Ibid. 1889. Vol. XCVIII, p. 651.
Strassmann. — Labor afterwards. — Am J. Med. Sci. 1896. Vol. CXI, p. 618.
Talley, F. W. — Sudden death. — Annals Gyn. and Ped. Phila. 1894. Vol. VIII, p. 129.
» Pregnancy following. — Am. Gyn. and Obs. J. 1895. Vol. VI, p. 335.
Thiriar. — Phila. Med. News. 1889. Vol. LV, p. 406.
Veit. — Am. J. Med. Sci. 1889. Vol. XCVIII, p. 437.
Von Herff. — Krug's method. — Am. J. Med. Sci. 1895. Vol. CIX, p. 102.
Williams, J. W. — Outside suture. — Am J. Obs. N. Y. 1890. Vol. XXIII, pp. 729-735.

VAGINO-FIXATION

Boldt, H. — Am. J. Obs. N. Y. 1890. Vol. XXIII, pp. 576-587.
» Med. News. Phila. 1891. Vol. LVIII, p. 453.
» Tr. Med. So. Gym. Phila. 1891, pp. 292-297.
Cushing, C. — Tr. Am. As. Obs. & Gyn. Phila. 1894-1895. Vol. VII, pp. 447-452.
Davisson, J. H. — So. Cal. Practitioner, Los Angeles, 1895. Vol. X, p. 297.
Debrunner. — Schucking method 114 cases. — Am. J. Med. Sci. 1891. Vol. C, p. 203.
Dührssen, A. — Original method. — Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Berlin. 1892. Vol. XXIV, pp. 366-386.
» Centralbl. f. Gynäk. Leipzig. 1893. Vol. XVII, pp. 681-699.
» 182 cases. — Aerztl. Prokt. Hamburg. 1893. Vol. VI, pp. 1555-1567.
» Arch. f. Gynäk. Berlin. 1894. Vol XLVII, pp. 294-448.
» Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. Leipzig. 1895. Vol. VI, pp. 715-732.
» Am. J. Med. Sci. 1893. Vol. CV, p. 344.
» Ibid. 1894. Vol. CVI, p. 627.
» N. Y. J. Gyn. & Obs. 1894. Vol. IV, p. 350.
Gilbert. — Am. J. Med. Sci. 1895. Vol. CX, p. 372.
Glæser, E. — Schucking's method on cadaver. — N. Y. J. Gyn. & Obs. 1892. Vol. II, p. 805.
Græfe. — Labor following. — Am. J. Med. Sci. 1896, Vol. CXI, p. 241.
Goubaroff. — Ibid., p. 242.
Hartmann. — Am. J. Med. Sci. 1890. Vol. C, p. 320.
Hirst, B. C. — Annals. Gyn. & Ped. Phila. 1891-1892. Vol. V, p. 164.
Jacobs, M. — Am. Gyn. & Obst. Jour. 1895. Vol. VI, p, 244.
» Perforation of bladder. — Ibid. Vol. VII, p. 87.
Knorre, G. V. — Am. J. Med. Sci. 1894. Vol. CVII, p. 348.
» N. Y. J. Gyn. & Obs. 1894. Vol. IV, p. 634.

Leopold, C. G. — Criticism. Am. J. Med. Sci. 1896. Vol. CXI, p. 741.
Mackenrodt, A. — Originel oper. — Am. J. Obs. N. Y. Vol. XXVII, pp. 762-763.
» Am. J. Med. Sci. 1893. Vol. XVI, p. 626.
» Technique. — N. Y. J. Gyn. & Obst. 1894. Vol. IV, p. 349.
» Am. J. Med. Sci. 1896. Vol. CXI, p. 242.
Madlener, M. — Am. Gyn. & Obs. J. 1896. Vol. VIII, p. 262.
Rosenthal, J. — Duhrssen's method. — Am. J. Obs. N. Y. 1892. Vol. XXVI, p. 936.
» Ibid., pp. 336-338.
Ruhl, W. — Difficult labor following. — Am. Gyn. & Obs. J. 1896. Vol. VII, p. 678.
» Am. J. Med. Sci. 1896. Vol. CXI, p. 736.
Schucking, A. Original oper. Centralbl. f. Gynäk. Leipz. 1888. Vol. XII, pp. 682-686, 181-183.
» Deutsche Med. Wochenschr. Leipzig. 1886. Vol. XIV, p. 817.
» Centralbl. f. Gynäk. Leipzig. 1890. Vol. XIV, pp. 123-126.
» Centralbl. f. Gynäk. Leipzig. 1891. Vol. XV, pp. 249-251, 989-991.
» Deutsche Med. Wochenschr. Leipzig. 1891. Vol. XVII, p. 646.
» Am. J. Obs. N. Y. Vol. XXII, pp. 103-109.
» Ibid. Vol. XXIII, p. 438.
» Am. J. Med. Sci. 1888. Vol. XCV, p. 647.
Steinbucher. — Am. J. Med. Sci. 1893. Vol. CVI, p. 627.
Taylor, J. W. — Cœliotomy and vagino fixation. Brit. Med. J. London. 1896. Vol. I, p. 78.
Vineberg, H. N. — New oper. — N. Y. Gyn. & Obst. 1894. Vol. IV, pp. 9-16.
» Mackenrodts.— N. Y. J. Gyn. & Obst. 1894. Vol. IV, p. 695.
» Technique. Ibid. Vol. LX, pp. 516-521.
» Vag. cœlioto for retroversion & adhesion. N. Y. Med. Record. 1895. Vol. XLVII, pp. 264-266.
» N. Y. Med. J. 1896. Vol. LXIII, pp. 315-320.
» N. Y. J. Gyn. & Obs. 1894. Vol. IV. p. 9.
» Am. Gyn. & Obs. J. 1896. Vol. VIII, p. 771.
Werder, X· O. — Vag. cœliotomy. — J. Am. Med. As. Chicago, 1895. Vol. XXV, p. 321.
Wertheim, E. — Am. J. Med. Sci. 1895. Vol. CX, p. 621.
» Pregnancy following. — Am. Gyn. & Obs. J. 1896. Vol. VIII, p. 680.
» Labor following. — Am. J. Med. Sci. 1896. Vol. CXI, p. 620.
Wiggin, F. H — Cases. — New England Med. Month., Danbury. Conn. 1895. Vol. XIV, pp. 465-468.
» Med. Press & Chir. London. 1896. N. S. Vol. LXI, p. 106.
» Cases. Indian Lancet, Calcutta, 1896. Vol. VII, p. 68.
Winter. — N. Y. J. Gyn. & Obs. 1894. Vol. IV, p. 349.

SHORTENING OF UTERO-SACRAL LIGAMENTS

Stark, S. — Cincinnati Lancet Clinic, 1890. N. S. Vol. XXIV, pp. 625-631.
» Also « role of pessary ». — Am. J. Obs. N. Y. 1893. Vol. XXXVII, pp. 388-398.

SÆNGER. — Am. J. Med. Sci. 1892. Vol. CIII, p. 102.
» Centralblatt für Gyn., 31. Oct. 1891.
FREUND. — Laparatomy. Post. wall of uterus near utero-sacral ligaments sutured to peritoneum of Douglas pouch near promontory of sacrum. Phila. Med. News 1889. Vol. LV, p. 190.

UNCLASSIFIED LIST

SURGICAL AND MECHANICAL TREATMENT OF UTERINE DISPLACEMENTS

ALQUIE. — « New method ». — Bulletin Acad. Med. Paris 1844-45. Vol. X, pp. 192-195.
ARSDALE, W. J. — Discussion retro-displacement. — J. Am. Med. As. Chicago 1891. Vol. XVIII, pp. 71-73.
BAKER, W. H. Instrumental treatment for retrodis. with adhesion. — Boston Med. and Surg. J. 1893. Vol. CXXVIII, p. 194.
BOISE, E. — Surgical treatment. — Phys. and Surg. Ann. Arbor. Detroit 1892. Vol. XIV, pp. 150-155.
BROWN, W. H. — Discussion retro-displacements. — Lancet London 1889. Vol. II, p. 904.
BYFORD, H. J. — Mechanical treatment. — J. Am. Med. As. Chicago, 1886. Vol. VII, pp. 147-159.
» Ibid. Medicine, Detroit, 1896. Vol. II, pp. 108-110.
» Ibid. North Amer. Practitioner. Chicago 1889. Vol. I, p. 71-75.
CARPENTER, A. C. — Surgical treatment. Am. J. Obs. N. Y. 1894. Vol. XXX, pp. 818-826.
CROOM, J. H. — Management uterine displace. — Braithwait's Retrospect. 1888. Vol. XCVII, p. 378.
CUSHING, E. W. — Discussion retro. dis. — Annals. Gyn. and Ped. Phila. 1892-93. Vol. VI, pp 705-722.
» Tr. Am. Gyn. So. Phila. 1893. Vol. XVIII, pp. 480-508.
EMMET, T. A. — Causes and treatment. — Boston Med. and. Surg. J. 1887. Vol. CXVII, p. 228.
FREDERICK, C. C. — Discussion. — Buffalo Med. and Surg. J. 1891-92. Vol. XXXI, pp. 577-580.
GARDNER, W. — Operative treat. — Intercolon. Quar. J. Med. and Surg. Melbourne 1894. Vol. I, pp. 229-237.
GOELET, A. H. — Surgical treatment. — Am. Med. and Surg. Bulletin N. Y. 1896. Vol. IX, pp. 62-64.
HAYD, H. E. — Intra-peritoneal treatment. — Am. J. Obs. and Gyn. 1895. Vol. VII, p. 110.
HOLBROOK, F. D. — Discussion. — Jour. Orific. Surg. Chicago, 1895-96. Vol. IV, pp. 357-363.
KÜMMEL. — Fixation uterus to pubic periosteum. — Am. J. Med. Sci. 1893. Vol. CVI, p. 119.
LEE, J. M. — Surg. treatment. — Jour. Orific. Surg. Chicago 1894-95. Vol. VIII, pp. 57-61.

LEHMANN, F. F. — Radical cure. — Trans. Homoepathic Med. So. N. Y. Rochester 1892. Vol. XXVII, pp. 114-117.
MANN, M. D. — Operative treatment. — Tr. Mich. Med. So. Detroit 1891. Vol. XV, 233-248.
MARTIN, A. — Retro-displace and pregnancy. — Boston Med, and Surg. J. 1889. Vol. CXXI, p. 489.
MUNDÉ, P. F. — Treatment. — Am. Gyn. and Obs. J. N. Y. 1895. Vol. VI, pp. 691-704.
» Present treat. — Tr. Am. Gyn. So. Phila. 1895. Vol. XX, pp. 100-116.
NAPIER, A. D. L. — Operative treatment. — Med. Press. and Chir. London 1893. N. S. Vol. LV, p. 658.
» Discussion. Brit. Gyn. Jour. London 1893-94. Vol. IX, pp. 171-195.
NOURSE, F. P. — Original oper. Am. J. Obs. N. Y. 1896. Vol. XXXIII, p. 60-64.
» Tr. Ind. Med, So. Indianopolis 1895, Vol. XLVI, pp. 264-270.
OLSHAUSEN, R. — Treatment. — Am. Gyn. and Obs. J. 1895. Vol. VII, p. 211.
PATCHEN, G. H. — Radical treatment. — Tr. Am. Inst. Homoeopathy, Phila. 1895. Vol LI, pp. 493-504.
PETERSON, R. — Suspension of uterus by utero-ovarian ligaments. 17 cases. — Am. J. Obs. N. Y. 1895. Vol. XXXI, p. 832-892.
» Am Gyn. and Obs. J. 1895. Vol. VII, p. 177.
POLK, Wm. M. — Surg. treatment. — Boston Med. and Surg. J. 1889. Vol. » CXXI, pp. 489.
PRYOR, W. R. — New Operation. Laparotomy, ant. wall uterus stitched to post wall bladder. — N. Y. J. Gyn. and Obst. 1893. Vol. III, pp. 577-582.
» Med. Record N. Y. 1895. Vol. XLVIII, p. 76.
» N. Y. Policlinic 1895. vol. VI. pp. 370-372.
» N. Y. J. Gyn. and Obs. 1893. Vol. III, p. 607.
RAW, L. S. — Comparison of methods. — Post. Grad. N. Y. 1894. Vol. IX, pp. 275-281.
ROUTH, C. H. F. — Discussion. — Brit. Gyn. So. J. 1894. Vol. III, pp. 229-252.
SHOBER, J. B. — Operation. — Am. J. Obs. N. Y. 1895. Vol. XXXII, pp. 843-940.
SKUTSCH. — Treatment. — Am. J. Med. Sci. 1888. Vol. XCVI, p. 321.
SÆNGER. — Oper. treat. — Ibid. 1888. Vol. XCV, p. 325.
STEWART, W. W. — Discussion. — Alabama Med. and Surg. Age. Anniston 1892-93. Vol. V. pp. 519-568.
STRONG, C. P. — Treatment. — Boston Med. and Surg. J. 1893. Vol. CXXVIII, pp. 80-82.
» Surg. Treatment. — Boston Med. and Surg. J. 1890. Vol. CXXI, p. 46.
TUCKER, E. F. — New Method. — N. Y. Polyclinic 1895. Vol. V, pp. 338-340.
WILLIAMS, J. W. — Treatment. — Am. Med. Journal Baltimore, 1893. Vol. XXIX, pp. 1-11.
WARD, M. B. — Surg. treat. — J. Am. Med. As. Chicago 1893. Vol. XXI. p. 333.

UNCLASSIFIED LIST

Dudley, A. P. — Treatment with adhesions. — Tr. N. Y. Med. As. 1890. Vol. VII, pp. 203-219.

Editorial. — Prolapse and Retro-dis. — Am. Gyn. and Obs. J. 1896. Vol. VIII, p. 780.

» Retro-dis. Phila. Med. News. 1894. Vol. LVIII, p. 308.

» Phila. Med. News. 1887. Vol. L, p. 469.

Robinson, F. B. — Operative Treat. — Med. Record, N. Y. 1893. Vol. XLIV, p. 456.

SÉANCE DU MERCREDI 2 SEPTEMBRE 1896

2 HEURES APRÈS-MIDI

Présidence de M. le professeur BYERS.
» » » HALBERTSMA.
» » » KÜSTNER.
» » » MANGIAGALLI.

CONTINUATION DES RAPPORTS ET DE LA DISCUSSION

SUR LE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRODÉVIATIONS

24

Rapport de M. le Dr S. POZZI, de Paris.

Il est toujours dangereux de paraître réactionnaire, et de combattre des doctrines ou des opérations qui ont longtemps été considérées comme un progrès. Je ne me dissimule donc pas l'audace de mon entreprise en venant m'inscrire en faux contre des notions universellement acceptées, et contre des procédés opératoires qui jouissent encore d'une grande faveur. Il m'a paru cependant nécessaire de paraître marcher en arrière, momentanément, pour sortir de la fausse voie où la thérapeutique me semble s'être engagée à la suite de conceptions désormais surannées.

Je m'efforcerai de démontrer dans ce travail la fausseté de la notion classique, par trop *iatro-mécanicienne,* de la rétrodéviation utérine considérée comme une affection définie, comme une entité morbide. Après avoir exposé ma manière de concevoir la signification méconnue de la rétrodéviation dans les cas relativement rares où elle est indépendante de lésions voisines, je chercherai à établir le rôle très secondaire du *facteur rétrodéviation* dans la production de la plus grande partie des accidents qu'on lui attribue au détriment de la part prépondérante des altérations annexielles. Enfin, partant des données fournies par ce travail critique, je tâcherai de préciser le traitement rationnel applicable aux diverses affections de l'utérus et des annexes que l'on a trop longtemps continué à confondre, par respect de la tradition, sous une rubrique défectueuse.

*
* *

La multiplicité des opérations proposées dans ces dernières années, pour le traitement des rétrodéviations utérines est un sûr indice des déceptions qui ont suivi chacune d'elles. L'énumération en est longue : opérations agissant sur les ligaments ronds et sur les

ligaments utéro-sacrés, par la voie abdominale ou par la voie vaginale ; opérations sur les culs-de-sac vaginaux ou sur le col de l'utérus pour modifier la direction de cet organe ; opérations destinées à fixer le corps de l'utérus à la paroi abdominale ou au plancher vésico-vaginal ; telles sont les divisions maîtresses qu'on peut établir dans la quantité des procédés recommandés, et chacun comprend encore des variétés nombreuses.

Cette richesse apparente est un indice de pauvreté : elle montre qu'on n'a pas réussi à obtenir le résultat cherché au milieu de tant de tâtonnements. Ce n'est pas que plusieurs fois on n'ait cru l'atteindre, et des étapes ont été ainsi marquées dans le cours de nos désillusions opératoires par la vogue successive du raccourcissement des ligaments ronds, de la ventro-fixation, puis de la vagino-fixation. Mais il a fallu reconnaître que ces méthodes et leurs nombreux dérivés étaient ou d'une efficacité éphémère, ou dangereuses pour l'avenir.

Après ce long chemin parcouru, nous voici donc revenus à une période critique de doute et d'hésitation, et, à part quelques exceptions, la plupart des gynécologistes ne se dissimulent pas que leur thérapeutique a fait faussse route.

Quelle est la cause de cette erreur ?

Je crois qu'il faut la rechercher en grande partie dans une faute de langage scientifique, qui nous a été transmise par nos prédécesseurs. Ce n'est pas sans raison qu'un philosophe célèbre a avancé que toute science était d'abord une langue bien faite. L'influence des mots défectueux, des formules erronées, y est aussi néfaste qu'ailleurs.

La conception de la *rétrodéviation de l'utérus* comme maladie essentielle, date de Velpeau et de ses élèves[1]. Les maladies de l'utérus et des annexes, exception faite des corps fibreux et du cancer, furent alors presque toutes attribuées à un changement de direction de la matrice. On réagissait ainsi contre une autre tendance éga-

[1] Hervez de Chégoin. « Rapport sur un mémoire de V. Baud, intitulé : *Déviations et engorgements de l'utérus; moyens nouveaux pour les combattre.* » Séance du 9 Octobre 1849. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, T. XV, p. 58.) — Discussion de ce Rapport, du 9 Octobre 1849 au 23 Février 1850. (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, T. XV, p. 49 à 462.) — Valleix. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1851, T. XL, p. 18; T. XLI, p. 248.) — Gallard. « Des déviations utérines. » Leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié par Valleix. (*Union médicale*, Paris 1852.)

lement excessive, ayant son origine dans la doctrine physiologique de Broussais, qui avait longtemps fait jouer le rôle capital au *catarrhe utérin* et aux *ulcérations*[1], élevés à la hauteur d'une maladie. Ainsi, en l'absence des notions exactes que nous a fournies depuis l'observation directe à l'aide de la laparotomie, grâce à laquelle nous avons reconnu le rôle prédominant des annexes en pathologie utérine, nos anciens, réduits aux seules données cliniques, prenaient un facteur isolé pour la maladie elle-même. Chez une femme qui présentait un gros col ulcéré avec une tumeur sensible au toucher dans le cul-de-sac postérieur, Lisfranc n'avait vu que l'*engorgement utérin ;* les élèves de Broussais, que l'*ulcération* et la *leucorrhée ;* Velpeaux et Valleix, que la *rétrodéviation*. Tous étaient également simplistes, et se trouvaient satisfaits par un mot, par une étiquette.

Plus tard, lorsque des notions positives sur l'infection de l'utérus et des annexes par les microbes vinrent rendre compte des phénomènes, elles ne firent pas disparaître entièrement les conceptions antérieures et se firent seulement une place à côté d'elles.

C'est un véritable vestige du passé que ce chapitre distinct encore consacré aux rétro-déviations de l'utérus dans tous les livres de pathologie. Il est temps de rayer cette prétendue maladie du cadre nosologique. Par suite de cette conception, léguée par nos maîtres, on s'est habitué à attribuer à l'attitude anormale de l'utérus une importance tout à fait exagérée, et cette théorie fautive a complètement dévoyé la thérapeutique.

Les considérations précédentes ont des conséquences pratiques considérables. En effet, si la rétrodéviation ne joue qu'un rôle effacé dans la production des accidents, ce n'est pas elle qui, dans le combat livré à la maladie, constitue la clef de la position, et tous les efforts du traitement doivent s'adresser à une cause différente et supérieure qu'il s'agit maintenant de rechercher et de découvrir.

La rétrodéviation s'observe dans deux conditions :

1° *Rétrodéviations libres :* l'utérus se porte en arrière par suite d'un

[1] Hatin. « Mémoire sur la leucorrhée. » (Paris, 1830.) — Ph. Ricord. (*Mémoires de l'Acad. de méd.*, 1833, T. II, p. 159.) — Marc d'Espine. « Recherches historiques sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée. » (*Archives générales de médecine,* 1836, 2e série, T. X, p. 160.) — L. Gosselin. « De la valeur symptomatique des ulcérations du col utérin. » (*Archives générales de médecine,* 1843, 4e série, T. II. p. 129.) — H. Bennett. « Des ulcérations et des engorgements du col utérin. » (*Thèse,* Paris, 1843.)

relâchement des ligaments ou d'une coudure au niveau de l'isthme, mais sans y être attiré ou maintenu par des adhérences.

2° *Rétrodéviations adhérentes :* la position vicieuse est acquise et fixée par des produits inflammatoires portant leur action directement sur l'utérus ou indirectement par l'intermédiaire des annexes.

Dans la classe des R. libres, on peut établir deux divisions : les *R. libres mobiles* et les *R. libres mobilisées*.

Les premières sont relativement rares; elles paraissent surtout dues à l'extrême laxité des ligaments, et peuvent s'observer aussi bien chez des femmes nullipares que chez des femmes qui ont eu des enfants. Dans cette variété, la rétrodéviation n'est pas la position constante mais seulement la plus fréquente. En réalité, l'utérus y a une attitude indifférente, comme la tête osseuse dans les luxations vagues, décrites par Gerdy. La position en arrière est simplement la plus habituelle par suite de la poussée incessante des viscères sur un organe incomplètement maintenu, qui oscille dans le pelvis à la manière d'un battant de cloche.

Une seconde variété des R. libres est ce que j'ai appelé les R. *libres mobilisées*. Elles se rencontrent surtout chez les femmes ayant accouché, et la condition anatomique qui les favorise semble être un corps gros supporté par un col flexible. L'utérus peut alors se couder, pour ainsi dire, au niveau de l'isthme, et la rétroflexion être quelque temps maintenue par une sorte d'enclavement au-dessous du promontoire.

On peut réduire ces rétrodéviations que rien ne maintient sinon un « coincement » mécanique : elles deviennent alors mobiles, quoique moins que celles de la variété précédente, car le col conserve une certaine fixité. C'est même à ce fait qu'est due la possibilité de la reproduction de l'enclavement et de l'immobilité nouvelle de la déviation, sous l'influence d'un effort, d'une chute.

On le voit, dans ces deux classes de rétrodéviations mobiles, ce n'est pas la position en arrière qui est l'élément capital : c'est la *mobilité utérine* extrême. On devrait, je crois, substituer cette dernière dénomination à la première. Les phénomènes morbides alors observés sont bien en rapport avec ce manque de stabilité de la matrice plutôt qu'avec son déplacement en arrière. Ils consistent surtout en phénomènes nerveux réflexes : neurasthénie, fatigue extrême pendant la marche, signes d'entéroptose, et aussi douleurs lombo-abdominales, troubles gastriques divers, etc.

L'indication thérapeutique, dans ces cas de *mobilité utérine,* est donc, avant tout d'assurer la stabilité de l'utérus. C'est uniquement parce que cette stabilité n'est parfaite que dans la position normale, que la réduction de la rétro-déviation est la condition préalable d'un traitement rationnel. J'insiste sur cette subordination que personne jusqu'ici n'a relevée. Pour tous les auteurs, il semble que la réduction, le retour en avant de l'utérus rétrodévié, soit la chose importante. Il n'en est rien. Ramenez en avant par la réduction bi-manuelle un utérus rétroversé mobile et faites marcher la malade sans appareil destiné à assurer la réduction, il pourra se faire que l'organe reste pendant assez longtemps réduit, avant de reprendre sa situation vicieuse, et cependant la femme n'aura senti aucune amélioration. Au contraire, ne réduisez pas la déviation, mais soutenez l'utérus et immobilisez-le jusqu'à un certain point, soit en plaçant un pessaire, soit en remplissant le vagin de tampons (columunisation); vous obtiendrez presque toujours un certain soulagement, quoique l'utérus soit toujours déplacé en arrière. Est-il besoin d'une autre preuve que l'élément pathologique important est la mobilité excessive dont la rétrodéviation n'est qu'un épisode?

Fixer l'utérus et le fixer en position normale, telles sont les indications. Pour obtenir ce résultat définitivement, on a ramené et maintenu l'utérus en avant par des raccourcissements de ligaments ou des sutures sur divers points de l'organe, et pour cela on a inventé le nombre considérable de procédés auxquels je faisais allusion en commençant. Tous, l'un après l'autre, ont amené des déceptions. Comment en aurait-il été autrement? Les ligaments qu'on raccourcit, mais dont la vitalité a été ordinairement altérée, se laissent de nouveau distendre; le point d'appui auquel on soude un point limité de l'utérus est parfois mobile lui-même et susceptible d'élongation ultérieure, ce qui rend illusoire un pareil point d'appui. De là, la fréquence extrême des récidives qui ont découragé les opérateurs et les ont sans cesse poussés vers de nouveaux essais.

Mais il y a plus. Certains de ces procédés, et les plus efficaces, ceux qui sont le moins sujets à être suivis d'une récidive, sont dangereux au point de vue d'une grossesse ultérieure. Ce point est assez important pour que je m'y arrête quelque peu.

Longtemps on a contesté la réalité du fait, en citant des observations favorables. Le doute n'est plus permis depuis les publications récentes, parmi lesquelles je citerai surtout celle de Strass-

mann[1], relative à la vagino-fixation, et celle de Milænder[2], sur la ventro-fixation. Il résulte de ces travaux que toutes les fois que l'utérus est solidement fixé, il existe de ce fait une cause sérieuse de dystocie.

Pour la *vagino-fixation,* ce n'est que lorsque la soudure de l'utérus au vagin est faible et susceptible de se rompre sous l'influence des tiraillements exercés par l'organe gravide que la grossesse suit facilement son cours. Tel est le cas après le procédé primitif de vagino-fixation de Mackenrodt, où la suture est faite sans ouverture du péritoine. Après ouverture du péritoine, c'est-à-dire avec le procédé de Dührssen et le procédé de Mackenrodt modifié, les adhérences étant plus solides, le développement régulier de l'utérus gravide est entravé et il en résulte de fréquents avortements. Ainsi Dührssen[3] compte 6 avortements sur 24 grossesses survenues dans ces conditions. Weberstedt[4], sur 24 grossesses observées à la clinique de Gusserow chez des malades opérées par le procédé de Dührssen, note 6 avortements.

Si la grossesse peut suivre son cours, on a encore à redouter des complications au moment de l'accouchement. Strassmann a bien montré que quand les adhérences ne cèdent pas, le développement de l'utérus gravide se fait surtout aux dépens de la paroi postérieure. La paroi antérieure s'épaissit, mais ne sort pas du petit bassin où elle reste enclavée ; le col utérin, attiré par la paroi postérieure, se porte très haut en arrière ; Strassmann rapporte deux cas dans lesquels l'accouchement normal fut impossible ; dans le premier, on dut faire la version et la malade faillit succomber à une hémorragie consécutive ; dans le second, on dut recourir à l'opération de Porro, qui fut suivie de mort. Velde[5], cite un cas avec mort de l'enfant, rupture imminente de l'utérus, opération césarienne où l'on constate l'amincissement extrême de la paroi utérine postérieure, mort par hémor-

[1] Strassmann. « Zur Kenntnis des Schwangerschafts und Geburtslaufes bei antefixirten Uterus. » (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.,* 1895, Bd XXXIII, p. 510, et *Arch. f. Gyn.,* Bd L., p. 473.)

[2] G. Milænder. « Ventrofixation des Uterus, Schwangerschaft und Querlage des Kindes. » (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.,* 1895, Bd XXXIII, p. 464.)

[3] Cité par Strassmann *loc. cit.,* p. 491.

[4] Weberstedt. « Beobachtungen über die Beziehungen gynækologischer Erkrankungen zur Schwangerschaft. » (*Dissert. inaug.,* Berlin. 1895.)

[5] Velde. Société des médecins de la Charité de Berlin. (*Deutsche med. Zeitung,* 27 Juin 1895.)

ragie. Graefe[1] a observé une présentation transversale; col situé au-dessus de la paroi pelvienne et dirigée en haut; version impossible, opération césarienne. Rühl[2], sur 12 grossesses après 235 vagino-fixations, a été obligé de faire 3 versions difficiles, et deux fois l'incision de la cicatrice vaginale pour libérer l'utérus; l'enfant mourut dans ces deux cas.

Wertheim[3] écrit que sur 37 vagino-fixations faites par Schauta, 3 devinrent enceintes; deux d'entre elles avaient été opérées par le procédé de Mackenrodt (suture basse, sans ouverture du péritoine); une avorta au quatrième mois, et la seconde seule accoucha normalement. La troisième avait été opérée par le procédé de Dührssen (suture élevée du cul-de-sac péritonéal); l'accouchement nécessita la version, et la paroi postérieure de l'utérus, excessivement tendue, manqua de se rompre.

Certes, il y a bien là de quoi refroidir l'ardeur des gynécologistes qui se sont adonnés avec une véritable *furor operativus* à cette intervention nouvelle[4], si séduisante par sa simplicité relative et son innocuité apparente.

La *ventro-fixation* ou gastro-hystéropexie ne se présente pas comme la précédente opération avec les allures d'une opération de petite gynécologie. La laparotomie qu'elle nécessite éloigna d'elle beaucoup de praticiens et effraie bien des malades. Elle n'en a pas moins joui d'une grande vogue, même dans les rétrodéviations mobiles. Mais nous sommes, semble-t-il, arrivés à la période critique, et là encore, nous avons à enregistrer de nombreuses récidives quand la suture n'avait pas amené une union suffisante, ou des avortements, et des dystocies pour le cas contraire.

Milænder, dans le travail que j'ai cité plus haut, a réuni 54 cas de grossesse parvenue à terme après la ventro-fixation, il y a eu 11 cas de dystocie; sur un chiffre total de 74 grossesses, il y avait eu 6 fausses couches et trois accouchements avant terme. D'autres faits d'accouchement avec graves complications du travail, après

[1] GRAEFE. « Ueber schwere Geburtsstœrungen in Folge von Vaginofixatio uteri. » (*Monatschrift f. Geb. und Gyn.*, vol. II, n° 6.)

[2] RÜHL. « Ueber die Behandlung der Geburtsstœrungen nach vaginaler Fixation. » (*Centr. f. Gyn.*, 1896, n° 6, p. 147.)

[3] WERTHEIM. « Ueber Verlauf von Geburt und Schwangerschaft bei vaginofixirtem Uterus. » (*Centr. f. Gyn.*, 1896, n° 2, p. 25.)

[4] Voir sur l'étendue de ces abus MUNDÉ. (*Medical News*, n° 11, 14 Mars 1896, p. 282.)

ventro-fixation, ont été publié par Strassmann[1], Norris[2], Noble[3]; ce dernier dut pratiquer l'opération de Porro et perdit la femme. A la suite de ce cas malheureux, le chirurgien américain ouvrit une enquête auprès de tous les gynécologistes ayant pratiqué la ventro-fixation. Il constata ainsi que sur une série de 165 cas de grossesse après l'opération, recueillis dans les publications scientifiques de tous les pays (avant 1896), il y avait eu 17 fausses couches, six accouchements prématurés et 60 cas de dystocie à terme, avec 3 morts, soit 5 pour 100. — On voit que ces résultats sont peu encourageants, quoiqu'ils soient encore bien moins graves que ceux relevés après la vagino-fixation.

Nous voici donc conduits, par cette étude, à rejeter comme dangereux pour l'avenir, du moins chez les femmes n'ayant pas dépassé la ménopause, les deux méthodes les plus efficaces du traitement opératoire de la *rétrodéviation* simple, ou, pour mieux dire, de la *mobilité excessive* de l'utérus.

Est-ce à dire que nous soyons désarmés et qu'il n'y ait aucun traitement efficace applicable en pareil cas ? — Nullement.

Il faut distinguer diverses catégories. La mobilité excessive avec rétrodéviation habituelle ou intermittente peut constituer à elle seule toute la lésion. — Il peut s'y adjoindre d'autres éléments morbides, l'affaiblissement du périnée, la métrite ou même l'annexite dont l'origine est contemporaine et remonte au même accouchement qui a altéré la statique de l'utérus.

La première indication est de rechercher les éléments morbides surajoutés, et de combattre d'abord chacun d'eux par des moyens appropriés.

Contre la métrite chronique, on pratiquera le curetage avec amputation du col, qui aura pour avantage de provoquer une involution opératoire de l'utérus favorisant son redressement ultérieur. C'est assurément, à l'action curative due à l'exérèse du col, et non à une action mécanique illusoire, qu'ont été dus, dans certains cas, les bons effets de l'opération de Nicoletis ; elle aidait à la guérison de la métrite, si elle restait sans effet réel et durable sur la déviation utérine. J'ai, dès l'apparition en France de cette opération, signalé

[1] Strassmann. Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, 25 Octobre 1895. (*Centr. f. Gyn.*, 1895, n° 49, pp. 1300-1302.)

[2] Norris. (*American gynec. and obstetr. Journal,* Février 1896, p. 149.)

[3] Noble. (*Medical News,* 13 Juin 1896, p. 677.)

ce fait à ses défenseurs, qui du reste l'ont aujourd'hui abandonnée[1].

La restauration du périnée n'est pas moins importante, toutes les fois qu'il sera trouvé affaibli. C'est le point de départ de tout traitement rationnel d'un déplacement quelconque de l'utérus. La béance de la vulve apporte, en effet, un trouble profond dans l'équilibre de l'utérus et de ses annexes. Elle annihile la tonicité du plancher périnéal, livre sans soutien la matrice aux variations de la pression abdominale et la force à se porter en arrière, en attendant qu'elle la pousse aussi à descendre. J'ai vu plusieurs fois l'amputation du col combinée avec la périnéorrhapie faire disparaitre presque complètement des accidents qu'on avaient attribués surtout à une rétrodéviation de l'utérus, et cela quoique celle-ci persistât après l'opération. Mais l'involution du tissu utérin et la consolidation du périnée étaient venus donner plus de stabilité à l'organe et cela avait suffi à produire un grand soulagement.

Il ne faut, cependant, pas s'en tenir là, et l'on doit toujours fixer l'utérus après l'avoir guéri, s'il était besoin. Nous avons d'excellents moyens pour cela. Je veux parler de deux appareils trop dédaignés et très précieux, les *pessaires* et la ceinture *hypogastrique*. On combinera leur action de manière à prendre l'organe entre deux forces, qui agissent ensemble pour le maintenir.

Je n'ai pas à m'étendre ici sur le choix du pessaire convenable ; je recommande celui de Hodge et ses dérivés, entr'autres celui de Gaillard Thomas. L'application doit toujours être précédée de la réduction par manœuvre bimanuelle, en mettant la femme dans la position génu-pectorale et en ouvrant largement la vulve, pour y permettre l'accès de l'air.

La ceinture n'a pas besoin d'être très haute (abdominale) sauf chez les femmes à abdomen très développé et très relâché, atteintes d'entéroptose générale, chez qui elle doit soutenir à la manière d'une sangle les viscères proéminents. Ordinairement, il suffit d'une petite ceinture hypogastrique, haute de 10 à 15 centimètres, qui presse un peu obliquement de bas en haut, immédiatement au-dessus du pubis, de manière à soulager le fond de l'utérus d'une partie du poids du paquet intestinal.

Tel est, à mon avis, le meilleur traitement de la mobilité excessive de l'utérus. Est-il besoin d'ajouter qu'il faut surveiller les femmes

[1] S. Pozzi. (*Bull.* et *Mém. de la Soc. de chir.*, 1880, p. 771.)

qui portent des pessaires, leur recommander une exacte antisepsie du vagin, et changer, après quelque jours de repos, tous les trois ou quatre mois, l'instrument qui peut se détériorer ou amener de légères excoriations ?

L'expérience apprend que les femmes s'y habituent si parfaitement qu'elles perdent absolument notion de sa présence, et que le coït lui-même ne révèle pas, le plus habituellement. Les personnes qui portent des pessaires ne sont pas, du reste, condamnées à ne jamais s'en séparer. J'ai observé plusieurs cas où l'utérus a repris une fixité suffisante, au bout d'un ou deux ans (parfois après une grossesse menée à terme) pour qu'il fût possible de s'en passer.

Enfin je ne voudrais pas qu'on allât au delà de ma pensée : je ne suis pas un ennemi absolu du *traitement opératoire* de la mobilité utérine, parce que je le restreins aux cas où il est sans danger ultérieur. Je suis même partisan, en particulier, de la vagino-fixation par le procédé de Dührssen qui me paraît très efficace ; seulement, je ne la crois permise qu'après la ménopause. Les cas auxquels cette intervention s'applique légitimement sont donc excessivement restreints.

Je n'ai pas parlé jusqu'ici des faits où la *mobilité utérine* avec rétrodéviation se complique de lésions des annexes. Je dois leur consacrer un paragraphe spécial, car ils sont très nombreux et très importants.

Ces faits passaient inaperçus des anciens qui étaient peu familiarisés avec la palpation bimanuelle, et qui ne la pratiquaient guère, du reste, sous l'anesthésie, ce qui est indispensable dans les cas douteux. Beaucoup de praticiens, sans doute, les méconnaissent encore et les considèrent comme des *rétrodéviations libres*, sans complications. Ici, cependant, la déviation est un élément accessoire, et les deux facteurs importants sont l'annexite et la mobilité utérine. Il s'agit presque toujours en pareil cas de petites lésions, portant plutôt sur l'ovaire que sur la trompe, et souvent justiciables d'un traitement conservateur (résection, ignipuncture). Certains chirurgiens, dès qu'ils ont reconnu une altération bilatérale des annexes, n'hésitent pas, de ce seul fait, à poser l'indication d'hystérectomie vaginale pour enlever du même coup l'utérus, les trompes et les ovaires. Telle n'est pas ma pratique, au moins pour les femmes jeunes, car ici la notion d'âge et de fécondité doit, me semble-t-il

avoir une importance capitale. Pourquoi traiterait-on les ovaires, parce qu'ils sont cachés, avec moins de déférence que les testicules apparents ?

Pour peu qu'on ait quelque chance de conserver sa fonction génitale à une femme, on doit le tenter. Aussi la laparotomie me semble-t-elle indiquée, ici, bien plutôt que l'hystérectomie vaginale, *alors même qu'un examen attentif permettrait d'affirmer une lésion bilatérale.* En effet, un ovaire très grossi et très déformé par un kyste folliculaire ou par un kyste du corps jaune ou même par un petit kyste sous tubaire du ligament large et qu'on aura cru irrémédiablement compromis à l'examen clinique, pourra être parfois conservé après résection de la partie malade. C'est ce que j'ai observé moi-même plusieurs fois.

Voilà donc la laparotomie faite et la lésion des annexes traitée comme il convient. Est-il nécessaire de fixer l'utérus, pour l'empêcher de se porter en arrière ou de balloter en diverses directions ? Si les annexes ont été enlevés des deux côtés, on n'a plus à s'occuper de la mobilité de l'utérus, l'ablation bilatérale et même parfois unilatérale des annexes, lui portant remède en bridant le ligament large. On compléterait, au besoin, cette action fixatrice après l'ablation unilatérale, par quelques points de suture fixant le pédicule dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Ce procédé d'hystéropexie est préférable à ceux qui portent leur action sur la face antérieure, et surtout sur le fond de l'utérus (ce dernier est le plus dangereux pour une grossesse ultérieure). Dans le cas où l'on conserverait les annexes des deux côtés, après résection ou ignipuncture, et où l'utérus retomberait en arrière, l'hystéropexie complémentaire pourrait être pratiquée soit par deux points de suture au-dessous des cornes, soit par un surjet au catgut fixant la face antérieure de l'organe au bas de la suture abdominale. Mais, à vrai dire, je ne crois pas cette fixation de l'utérus en avant indispensable, quand on a porté remède aux lésions des annexes, et depuis les derniers travaux qui ont démontré ses dangers chez les jeunes femmes, je m'abstiens de la pratiquer. Mais résultats n'en ont pas été moins bons après les opérations conservatrices des ovaires pour des lésions circonscrites compliquées de rétrodéviation.

J'arrive aux *rétrodéviations fixes,* c'est-à-dire à celles où l'utérus est maintenu par des adhérences directes ou indirectes.

On ne doit jamais conclure à la fixité d'une rétrodéviation avant

d'avoir fait deux tentatives : la première est la réduction, sans violence, mais par des pressions bi-manuelles combinées, la femme étant dans la position génu-pectorale et le canal vulvo-vaginal étant maintenu largement béant. La seconde, si la précédente échoue, est une manœuvre bimanuelle analogue, la malade étant anesthésiée et dans la position de Sims.

Je suis absolument opposé aux réductions forcées, par massage énergique ayant pour but de détruire les adhérences ; je les crois ou inutiles ou dangereuses. Les explorations précédentes ont pour but, non pas de détruire les adhérences, mais de permettre de distinguer la fixation qui leur est due de celle qui provient de l'enclavement simple dans le cul de sac de Douglas. J'ai déjà dit, en effet, que certains utérus mobiles pouvaient se placer momentanément dans la rétrodéviation en se fléchissant sur un col flexible et en se « coinçant » dans la cavité pelvienne. Quand un utérus rétrodévié aura résisté à la double exploration que j'ai indiquée, on peut être certain qu'il est fixé par des adhérences.

Une remarque préliminaire trouve ici sa place. Il y a toute une catégorie de rétrodéviations fixes de l'utérus qui doivent être respectées ; elles appartiennent à la classe des lésions que j'appelle les *lésions de guérison ;* au même titre que les cicatrices cutanées et les cals osseux. Si l'inflammation qui les a provoquées est éteinte dans l'utérus et dans les annexes, il est rare que la position vicieuse donne lieu à des troubles. Tout ce qui a été écrit sur l'influence néfaste de la rétrodéviation par elle-même, en dehors de quelques troubles mécaniques légers (constipation, etc.) est purement théorique, et la preuve, c'est que nombre de femmes portent des rétroversions et rétroflexions absolument fixes sans en souffrir notablement, en dehors des poussées inflammatoires nouvelles auxquelles elles restent exposées.

Ce qu'il faut traiter et guérir dans les rétrodéviations fixes, ce n'est donc pas l'attitude vicieuse, ce sont les lésions inflammatoires concomitantes qui l'ont produite, et dont elle tend simplement à exagérer les effets. C'est à la métrite, c'est à l'annexite concomitantes qu'il faut s'attaquer.

On devra donc étudier soigneusement chaque cas particulier, pour savoir lequel de ces éléments morbides prédomine.

A-t-on acquis la certitude que les annexes sont indemnes ou que leurs anciennes lésions ne sont pour rien dans les accidents observés, tandis que l'utérus est encore infecté ? — On dirigera toute la thé-

rapeutique vers la métrite. Il s'agit alors, le plus souvent, de gros utérus parenchymateux avec cols indurés et déchirés. Les opérations entre lesquelles on aura à choisir, outre le curettage, seront celles d'Emmet, de Schröder ou de Simon-Markwald. On n'oubliera pas non plus la restauration du périnée, pour peu qu'il soit affaibli; j'ai dit combien ce point était toujours important dans la question qui nous occupe.

Au contraire, l'utérus est-il relativement indemne, tandis que les annexes offrent les signes d'une inflammation persistante qui, après avoir été la cause des adhérences est encore celle des douleurs? On n'hésitera pas chez une femme encore jeune (car après la ménopause l'hystérectomie vaginale est tout aussi légitime) à pratiquer la laparotomie de préférence à l'hystérectomie, afin de lui faire courir les chances d'un traitement conservateur. Assurément cette éventualité est beaucoup moins probable ici que dans le cas où les lésions annexielles n'étaient pas compliquées d'adhérences, car cela est ordinairement un indice de leur gravité. Toutefois j'ai plus d'une fois, même alors, trouvé la possibilité de conserver à l'opérée sa fécondité. L'opération sera faite, non contre la rétrodéviation et non pour détruire des adhérences, mais contre les lésions annexielles dont la rétrodéviation fixe et douloureuse est symptomatique. Après avoir libéré utérus et annexes, on examinera successivement les ovaires et les trompes, de chaque côté, et l'on se guidera, pour la conduite à tenir, sur l'étendue des lésions qui seront constatées [1].

Il est exceptionnel qu'on puisse faire, dans des lésions aussi avancées, une opération conservatrice bilatérale. Dans l'immense majorité des cas, on trouve au moins un des côtés profondément atteint, et on doit l'enlever. Si même, après examen direct on était forcé de sacrifier les deux, on ne regretterait pas, pour cela, la méthode suivie, car j'estime qu'on doit toujours faire la laparotomie quand on espère sauver même un seul fragment d'ovaires.

Mais tout autre est la situation quand l'examen clinique révèle que l'utérus est lui-même profondément malade en même temps que les annexes. Alors rien n'indique la conservation d'un organe condamné à l'inutilité fonctionnelle par la lésion bilatérale, et qui nécessiterait pour lui-même ultérieurement un long traitement particulier. — Il y a donc une catégorie de rétrodéviations de l'utérus compliquées

[1] Voir mon mémoire sur la *Résection et l'Ignipuncture de l'ovaire* dans le premier numéro de la *Revue gynécologique*.

où le meilleur traitement est l'ablation simultanée de l'utérus et des annexes par l'hystérectomie vaginale. On s'y décidera avec encore moins d'hésitation s'il s'agit d'une femme multipare ou voisine de la ménopause.

*
* *

Avant de formuler les conclusions de cette étude rapide, je désire revenir de nouveau sur l'idée maîtresse qui l'a inspirée :

Il n'existe pas de traitement spécial de la rétrodéviation, parce qu'il n'y a pas de *maladie* constituée par le déplacement en arrière de l'utérus. La position anormale n'a que la valeur d'un symptôme isolé, qui peut s'observer dans des conditions très différentes. C'est faute de l'avoir laissé à son plan qu'on a fait de la correction des rétroversions et rétroflexions le but principal de la thérapeutique.

L'étude de l'étiologie et de la pathogénie doit précéder toute intervention de la chirurgie; si celle-ci semble, jusqu'à un certain point avoir fait faillite sur ce point particulier, c'est simplement parce qu'elle ne s'y était pas assez laissée guider par la clinique.

CONCLUSIONS

I. Les syndromes désignés sous les noms de *rétro-version* et de *rétro-flexion de l'utérus* ne constituent pas des entités morbides distinctes. Ils ne sont considérés comme des affections spéciales que par suite d'une tradition ancienne qui doit être aujourd'hui réformée.

II. La déviation en arrière de l'utérus, version ou flexion, s'observe dans deux conditions radicalement différentes :

a) Relâchement des ligaments, ou flexibilité du col, sans adhérences avec ou sans lésions des annexes. C'est la *rétrodéviation mobile*.

b) Adhérences postérieures, surtout autour des annexes, après une péri-métrite ou une péri-oophoro-salpingite. C'est la *rétro-déviation fixe* ou *adhérente*.

Il n'y a aucune assimilation à établir entre ces deux ordres de lésions, confondues sous un même nom à une époque où l'analyse des signes fournis par le toucher était encore rudimentaire et où l'on ignorait presque complètement les lésions tubo-ovariennes. On confondait

donc ordinairement les rétrodéviations avec les tumeurs inflammatoires tubo-ovariennes prolabées dans le cul-de-sac de Douglas.

III. Pour les rétrodéviations mobiles, sans lésions annexielles, on devrait substituer aux noms de *rétroversion* et de *rétroflexion* celui de *mobilité (excessive) de l'utérus*. En effet, l'orientation en arrière est simplement ici l'attitude la plus naturelle de l'utérus qui a perdu sa fixité, et, par suite, son antécourbure normale; mais cette orientation vicieuse ne cause par elle-même que des accidents très accessoires et très rares de compression. Les phénomènes principaux, d'ordre nerveux et réflexe, sont indépendants de la direction de la déviation et sont dus à la mobilité, à une véritable entéroptose pelvienne.

IV. Tout traitement chirurgical qui se propose, ici, de fixer l'utérus redressé par un point limité de sa surface, ne peut avoir que des résultats temporaires. La traction constante sur le point d'attache artificiel produit de nouveau le relâchement. Telle est la cause des insuccès presque constants, à échéance plus ou moins longue, de l'opération d'Alexander et d'autres opérations analogues. L'hystéropexie abdominale, la vagino et la vésico-fixation quand elles sont pratiquées par des procédés qui permettent le développement ultérieur de l'utérus gravide, ne paraissent donner également qu'une stabilité temporaire. D'autre part, les opérations dont le résultat est solide et durable doivent être rejetées parce qu'elles créent un danger pour un accouchement ultérieur.

V. Le traitement rationnel de la *rétrodéviation mobile* ou pour mieux dire, de la *mobilité (excessive) de l'utérus*, est complexe et doit se proposer de répondre à diverses indications :

a) Guérir la métrite ou l'annexite, très fréquentes en pareil cas, par les moyens appropriés.

b) Restaurer le périnée souvent déchiré ou relâché, par une opération plastique largement pratiquée.

c) Faite porter à la malade un pessaire qui fixe le col en distendant le cul-de-sac postérieur du vagin, et une ceinture hypogastrique qui régularise la pression intra-abdominale.

VI. Le traitement de la *rétrodéviation fixe* ou *adhérente* de l'utérus se réduit à celui des lésions qui l'ont amenée, et qui la maintiennent.

Elle est toujours due à des adhérences plus ou moins fortes, siégeant soit au niveau de l'utérus, soit au niveau des annexes. Il en est qui peuvent être rompues par des manœuvres de massage com-

binées ou non avec le cathétérisme ; mais cette pratique offre toujours des dangers.

Elle est, du reste, irrationnelle. En effet, la rétrodéviation n'est ici, en réalité qu'un épiphénomène. L'élément morbide principal n'est pas la déviation, ni même les adhérences, mais bien l'état maladif de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire ; la question chirurgicale doit donc se transporter sur ce terrain nouveau et le traitement est surtout basé sur le degré plus ou moins grand de lésion des annexes ou de l'utérus.

VI. Beaucoup de rétrodéviations fixes sont indolentes, constituent des *lésions de guérison* acquises et tolérées, mais les symptômes morbides surviennent si ces utérus déplacés et adhérents sont de nouveau atteints de métrite. La guérison opératoire de l'utérus par des moyens appropriés suffit alors pour faire disparaître les accidents, si les annexes sont peu ou point atteintes.

VII. Dans d'autres cas l'examen clinique permet de reconnaître que les lésions sont prédominantes du côté des annexes et que, s'il existe de la métrite concomitante, elle est deutéropathique. La laparotomie est généralement indiquée. Trouve-t-on des lésions légères des annexes, ovarite, péri-ovarite, etc., sans oblitération des trompes, servant de point de départ aux adhérences ? On devra faire une opération conservatrice et se borner, après avoir détruit celles-ci, à pratiquer l'ignipuncture ou la résection partielle de l'ovaire, selon les cas. L'utérus se redresse de lui-même après la destruction des adhérences. Pour plus de sûreté, j'ai pendant longtemps complété l'opération par l'hystéropexie abdominale. Je ne le fais plus maintenant par crainte des accidents ultérieurs de dystocie. J'ai, du reste, obtenu ainsi d'aussi bons résultats.

S'agit-il de lésions plus ou moins profondes de l'ovaire et des trompes, avec oblitération de ces dernières ? On fera la castration, car la fécondité est définitivement abolie. L'utérus se redresse par suite du raccourcissement des ligaments que produit la ligature des pédicules.

Ces opérations sur les annexes amènent la guérison de tous les symptômes morbides faussement attribués à la seule rétro-déviation de l'utérus.

VIII. Il est des cas où le meilleur traitement d'une rétro-déviation est l'hystérectomie vaginale. Ce sont ceux où il s'agit de lésions bilatérales des annexes, compliquées de métrite chronique chez les femmes près de la ménopause ou l'ayant dépassée.

CONCLUSIONS

I. The clinical syndromes known as *retroversion* and *retroflexion* do not form a distinct pathological condition. They are only to be considered as special affections only on account of an old tradition, which should today be made over.

II. Retro-displacement of the uterus, either simple or with flexion, is observed in two entirely different conditions :

a) Relaxation of the ligaments, without adhesions, with or without lesions of the adnexa. This is the movable *retro-displacement*.

b) Posterior adhesions, especially around the adnexa, following a perimetritis or a peri-oophoro-salpingitis. This is the *fixed retro-displacement*

There is no connection to be established between these two orders of lesions, known by the same name at a time when the analysis of the signes given by digital examination were still rudimentary and when tubo-ovarian lesions were almost unknown. Consequently retro-displacements were generally mistaken for tubo-ovarian inflammatory tumors, prolapsed in the posterior cul-de-sac.

III. For moveable retro-displacements, without lesions of the adnexa the term *mobility* (excessive) *of the uterus* should be substituted for those of *retroversion* and *retroflexion*. In point of fact the backward displacement is simply in this case the most natural position of a uterus which has lost its fixation and consequently its normal anteversion; but this abnormal displacement is only a cause in itself of slight compression symptomes. The principal phenomena of nervous and reflex origin are independant of the direction of the displacement and are due to the mobility, to a true enteroptosis.

IV. All surgical treatment, of these cases, which aims to fix the uterus, when replaced, by a limited point of its surface, will only give temporary results. The constant traction on the point of fixation produces relaxation ; it is the cause of unsuccessful results which usually occur after a variable lapse of time following Alexander's or simular operations. Abdominal hysteropexy, vagino and vesico fixation can only give a temporary success. For that matter, many of these operations should be no longer accepted because of the danger they may cause at labor accuring afterwards.

V. The rational treatment of *moveable retro-displacements*, or better still, of *mobility* (excessive) *of the uterus* is complex and should provide for the various indications present :

a) Cure the metritis or the adnexitis, which is very frequent in such cases, by proper treatment (curettement, amputation of the cervix, etc.).

b) Restore the perineum, often ruptured or relaxed, by a large and extensive plastic operation.

c) Apply a pessary which fixes the cervix by distending the posterior cul-

de-sac as well as a hypogastric bandage which regularizes the intro abdominal pressure.

VI. The treatment of fixed retro-displacements of the uterus is that of the lesions which have produced it and keep it up.

It is always due to more or less strong adhesions seated on the uterus or more especially on the adnexa. Some may be broken up by massage combined or not with the passage of the uterine sound, but this practice always offers a certain account of danger.

It is not rational, because the retro-displacement is only a secondary phenomenon in these cases. The principal morbid element is not the displacement, not the adhesions, but it is the diseased condition of the uterus, tubes and ovaries; that is the principal condition. The surgical question should consequently be seen in a new light and the treatment is to be especially based on the more or less great degree of damage of the adnexa and uterus.

VI. Many fixed retro-displacements are indolent, forming *curative lesions*, acquired and tolerated, but morbid symptomes occur if the uterus, displaced and adherent, is again the seat of metritis. The operative cure of the uterus by proper means will be sufficient to cause the accidents to disappear, if the adnexa are only slightly or not at all diseased.

VII. In other cases clinical examination shows that the lesions predominate in the adnexa and that a metritis coexist, it is deutheropathic. Laparotomy is there indicated.

If only slight lesions of the adnexa are found, such as a sclero-cystic ovaritis without obliteration of the tubes serving as a starting point for adhesions, conservative operations should be performed such as ignipuncture and partial resection of the ovary according to the given case.

The uterus will return to its normal position of itself after destruction of the adhesions. To be more sure I used to complete the operation by an abdominal hysteropexy but I no longer do this, fearing dystocia later on. But never the less my results are just as good.

If you are dealing with marked lesions of the tubes and ovaries with obliteration of the former, castration should be performed because fecundity is definitively abolished. The uterus becomes anti-verted on account of the shortening of the ligaments produced by the ligature of the pedicles.

VIII. There are cases in which the best of treatment of a retro-displacement is vaginal hysterectomy. These cases of old bilateral lesions of the adnexa, complicated by chronic metritis with hyperthrophy of the uterus. In such conditions, extirpation of the adnexa by the abdomen and after destruction of the adhesions, leaves a large and heavy uterus, which will soon be again retro-displaced in the posterior vaginal cul-de-sac. A complementary abdominal hyteropexy can of course be performed at the time of operation and later a cure and involution of the organ can be brought about by curettement and amputation of the cervix and lastly repair the perineum, if relaxed and insert a pessary. But this practice is much more complicated and long and quite as serious as vaginal hysterectomy ; consequently we are in the right to perform the latter operation in exceptional cases.

SCHLUSSSÄTZE

I. Die mit Retroversion und Retroflexion des Uterus bezeichneten pathologischen Zustände stellen keine einheitlichen Krankheiten dar. In Folge einer alten Tradition, die heute verlassen werden muss, werden diese Zustände immer noch als besondere Krankheiten aufgefasst.

II. Die Lageabweichung nach rückwärts, sowohl mit als ohne Flexion beobachtet man unter folgenden, ganz verschiedenen Bedingungen.

a) Erschlaffung der Ligamente, ohne Adhäsionen mit oder ohne Adnexenerkrankungen : Retrodeviatio mobilis.

b) Hintere Adhäsionen, als Folge von Perimetritis oder Peri-Oophoro-salpingitis : fixirte Retrodeviationen.

Es besteht zwischen diesen beiden Affectionen durchaus keine Verwandtschaft. Eine Verwechslung der beiden konnte nur zu einer Zeit stattfinden, wo die Digitaluntersuchung noch in ihren Anfangsstufen war und wo die Salpingo-Ovaritis so zu sagen noch ganz unbekannt war. Man verwechselte für gewöhnlich die Retrodeviationen mit salpingo-ovaritischen Exsudatmassen, welche den Douglas vortrieben.

III. Für die beweglichen Retrodeviationen ohne Adnexenerkrankungen solte man die Namen : Retroversion und Retroflexion ersetzen durch : abnorme Beweglichkeit des Uterus. Die Rückwärtslagerung ist hier ganz einfach die natürliche Lagerung eines nicht mehr fixirten Uterus, welcher der Schwere nach nach hinten fallend, seine normale Anteflexio eingebüsst hat. Aber diese falsche Lagerung erzeugt direct nur ganz geringfügige Compressions-Erscheinungen. Die hauptsächlichen Beschwerden, reflectonischer Art, sind unabhängig von der Lageabweichung, und Folge der übermässigen Mobilität oder einer wirklichen Enteroptose.

IV. Eine chirurgische Behandlungs-Methode, welche in solchen Fällen den Uterus an einer circumscripten Stelle seiner Oberfläche zu fixiren versucht kann nur einen ganz vorübergehenden Erfolg haben. Der constante Zug an dem neuen Fixationspuncte wird wieder eine neue Erschlaffung der Gewebe bewirken. Hierin liegt die Ursache des fast constanten Misserfolges, den man früher oder später constatirt, nach der Alexander'schen Operation, und anderen ähnlichen Verfahren. Die abdominale Hysteropexie, die Vagino- und Vesico-Fixation geben allem Anschein nach auch bloss vorübergehenden Erfolg. Viele dieser Operationen müssen übrigens verworfen werden, weil sie ein Geburtshinderniss schaffen.

V. Die rationelle Behandlung der mobilen Retrodeviation, oder besser der excessiven Mobilität der Gebärmutter ist complicirt, und hat verschiedene Indicationen zu erfüllen :

a. Heilung der sehr häufig complicirenden Metritis oder der Adnexenerkrankung, durch geeignete Mittel (Ausschabung, Amputatio colli u. s. w.).

b. Wiederherstellung der häufig zerrissenen oder erschlafften Dammes, durch eine ausgiebige plastische Operation.

c. Das Tragen eines Pessars, welches den Gebärmutterhals fixirt durch

Ausdehnung des hintern Scheidengewölbes, und das Tragen einer Unterleibsbinde zum Zweck der Regulirung der intra-abdominellen Druckes.

VI. Die Behandlung der fixirten Retrodeviationen ist identisch mit derjenigen des Grundleidens welche die Retrodeviation erzeugte und unterhält.

Letztere ist immer verursacht durch mehr oder weniger starke Adhäsionen am Uterus selbst oder an den Adnexa.

Die Adhäsionen können oft gesprengt werden durch Massagemanöver, mit oder ohne Sondirung des Uterus; aber dieser Vorgehen bietet stets Gefahren; im übrigen ist dasselbe *rationell.*

Die Retrodeviation ist in solchen Fällen bloss eine Complication. Die wahre Krankheit besteht nicht in der Deviation, noch in den Adhäsionen, sondern viel mehr in der pathologischen Affection der Gebärmutter, der Tube, des Eierstockes. Die Frage der chirurgischen Behandlung hat daher mit diesem neuen Umstande zu rechnen, und Maasnahmen hängen wesentlich ab von dem Grade der Adnex- oder Uterus Erkrankung.

VII. Viele fixirte Retrodeviationen sind schmerzlos, und sind durch Heilungsvorgänge bedingte Störungen. Beschwerden enstehen erst dann wieder wenn der deviirte und fixirte Uterus von neuem metrische Erscheinungen aufweiss. — Die Behandlung dieser Complicationen durch geeignete Mittel, genügt dann um die Beschwerden zu heben, vorausgesetzt dass die Adnexa wenig oder gar nicht erkrankt sind.

VIII. In anderen Fällen kann man durch die klinische Untersuchung nachweisen, dass die Adnexerkrankungen die Hauptrolle spielen, und dass die Metritis als Folgeerkrankung aufzufassen ist. In diesen Fällen ist die Laparotomie indicirt. Findet man leichte Adnex-Erkrankungen, kleincystische Degeneration an Ovarium ohne Atresie der Tube, so wird man sich mit einer conservativen Operation begnügen, nämlich mit Ignipunctur oder partiellen Resection des Ovariums, je nach Umständen. Die Gebärmutter richtet sich von selbst auf, nach der Zerstörung der Adhäsionen. Zur grösseren Sicherheit habe ich, lange Zeit hindurch, die Operation vervollständigt, durch die abdominale Hysteropexie. Ich thue das gegenwärtig nicht mehr aus Furcht späterer Complicationen von Dystocie. Ich habe übrigens auf diese Weise gute Erfolge erhalten.

Sind tiefere Erkrankungen des Ovarium oder der Tube vorhanden, mit Obliteration der letzteren, so soll die Castration ausgeführt werden, denn Conception ist so wie so nicht mehr möglich, der Uterus richtet sich auf in Folge der Verkürzung der Ligamente nach der Ligatur des Stumpfes.

Die Operationen führen zur Stillung aller Symptome, welche fälschlicher Weise, bloss der Retrodeviation zugeschrieben wurden.

IX. In gewissen Fällen besteht die beste Behandlung der Retrodeviationen in der vaginalen Hysterectomie. Die gilt besonders für alte und doppelseitige Adnexaffectionen, complicirt mit chronischer Metritis und Hypertrophie der Gebärmutter. In solchen Fällen bleibt nach Adnex-Extirpation vom Abdomen aus, ein grosser schwerer Uterus im Grunde des Douglas. Man könnte in solchen Fällen, die abdominale Hysteropexie zufügen, und später durch Auskratzung und Amputation des Collum die Involution des Uterus herbeiführen; endlich wenn nöthig eine Dammplastik ausführen, und ein Passar tragen lassen. Aber dieses Vorgehen ist bei weitem complicirter, länger, und nahezu ebenso gefährlich wie die vaginale Hysterectomie. Letztere ist daher in den angeführten Ausnahmefällen zu empfehlen.

DISCUSSION

SUR LE

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES

M. le Dr **Paul Reynier**. — Lorsqu'on parle des rétrodéviations utérines, il me paraît tout d'abord indispensable de distinguer les rétroversions des rétroflexions.

La pathogénie, la symptomatologie, le traitement de ces deux ordres de déplacements sont en effet tout à fait différents, et en font deux lésions qu'on ne saurait, comme on le fait trop souvent, décrire dans un même chapitre.

La rétroversion est symptomatique de lésions bénignes, la rétroflexion de lésions beaucoup plus sérieuses.

Avec intention, je dis que ces déviations sont symptomatiques. Je suis, en effet, de l'avis formulé par mon cher maître Gosselin, par Mathiews Duncan, par Vedeler, que les déviations utérines ne constituent pas par elles-mêmes une lésion, mais sont symptomatiques de lésions qui les produisent.

Ceci est surtout vrai pour la rétroflexion.

La rétroversion ne se rencontre généralement chez la femme qu'après l'accouchement, ou chez la femme dont le système musculaire est flasque, chez celles qui sont destinées au prolapsus.

C'est la même cause qui produit le relâchement des soutiens de l'utérus, ligaments ronds, releveurs de l'anus.

Par suite, en présence d'une rétroversion, pour faire œuvre utile, il faut s'occuper de la lésion qui l'a produite.

Il ne suffit pas de redresser l'utérus, ce qúi se fait facilement dans

la rétroversion, il faut le maintenir réduit. Il faut donc s'attaquer aux soutiens de l'utérus, leur donner de la résistance ou les remplacer artificiellement; pour les remplacer artificiellement nous avons les pessaires, mais j'avoue que ces instruments, qui me paraissent d'un autre âge, m'ont toujours été pénibles à conseiller.

Je ne peux me résoudre à faire porter à des femmes et surtout à des jeunes femmes, ces anneaux qui ne maintiennent qu'en agrandissant la cavité vaginale, en comprimant les organes voisins, et qui sont si difficiles à maintenir propres.

Pour combattre le relâchement du système musculaire, on peut le fortifier en essayant du massage, dont je ne parle qu'incidemment, n'ayant pas eu souvent l'occasion de l'employer. Toutefois j'ai vu une ou deux femmes qui ont paru s'en bien trouver.

Nous pouvons enfin raccourcir ce qui est trop lâche, et dans ce cas nous avons l'opération d'Alexander qui s'adresse à un des moyens de soutien de l'utérus, les ligaments ronds, et qui dans un certain nombre de cas peut être suffisante, surtout si l'on s'assure que le plancher périnéal est intact ou si on le répare dans le cas contraire.

C'est évidemment l'opération la plus rationnelle que nous puissions proposer contre la rétroversion, nous supprimons ainsi cette sensation de pesanteur qu'accusent les femmes par le fait de la rétroversion, et la gêne dans le fonctionnement du gros intestin. Quant aux douleurs, ces douleurs étant dues à la métrite qui très souvent accompagne la rétroversion, elles disparaîtront si en même temps que le traitement de la rétroversion on fait celui de la métrite, curetage ou cautérisation.

Je repousse toutefois tous les procédés vaginaux pour la fixation de l'utérus ou par voie du vagin.

Je ne les comprends pas, avec Trélat, je ne peux en effet admettre qu'on essaie de planter un clou dans une tenture mobile; si ces procédés ont quelquefois réussi, c'est qu'ils déterminent des inflammations péri-utérines qui immobilisent l'utérus. Mais comment, dans ce cas est-il immobilisé, en antéflexion, c'est-à-dire qu'on a réussi à substituer une infirmité à une autre.

Pour les rétroflexions, elles sont symptomatiques, ainsi que je l'ai dit, de lésions plus sérieuses. Les rétroflexions sont dues à des lésions inflammatoires des annexes ou à des paramétrites, quelquefois très anciennes, laissant des adhérences qui fixent l'utérus en place.

La cause initiale de ces lésions est, le plus souvent, la métrite. Aussi les rétroflexions sont-elles symptomatiques de métrites et de lésions annexielles.

J'en parle, d'autant plus convaincu, qu'à l'heure actuelle, pour des rétroflexions, je suis intervenu trente et une fois, quatre fois en faisant une hystérectomie vaginale dans laquelle j'enlevai utérus et annexes, et vint-sept fois en faisant la laparotomie et hystéropexie. Or, dans tous ces cas, j'ai trouvé les lésions annexielles dont je viens de vous parler, et tous ceux qui feront dans ces cas de rétroflexion la laparotomie et qui regarderont comme moi à ciel ouvert arriveront à la même conviction et aux mêmes conclusions que moi.

Par conséquent, toute opération qui ne s'adresse qu'à la rétroflexion me paraît irrationnelle, aussi irrationnelle que le serait le redressement d'une articulation fléchie par une arthrite si, en redressant cette articulation, on ne s'occupait pas de l'arthrite.

C'est pourquoi l'Alexander indiqué dans la rétroversion cesse de l'être dans la rétroflexion.

En raccourcissant les ligaments ronds, en les tirant, on amène en masse l'utérus restant fléchi et les annexes qui lui adhèrent intimement.

C'est ce qui m'est arrivé, c'est ce qui est arrivé au Dr Girard-Marchand.

Les malades ont bien l'utérus redressé, vous leur faites disparaître les symptômes de compression rectale, mais quand on les examine bien, on verra qu'elles continuent à souffrir.

J'en ai eu à traiter pour des rétroflexions réduites par la méthode d'Alexander.

Je leur ai fait une laparotomie par laquelle je me suis rendu compte pourquoi elles souffraient encore.

L'utérus restait fléchi, la flexion était maintenue par des adhérences très fortes qu'il m'a fallu couper au ciseau, et en le faisant j'ai libéré les annexes qui étaient malades et que j'ai dû enlever.

La laparotomie me paraît en effet l'opération qui peut agir le plus efficacement contre ces lésions.

Elle permet seule de rompre facilement les adhérences, de traiter les annexes en conséquence, de redresser l'utérus et de le fixer en bonne position par l'hystéropexie.

De plus ces laparotomies ne sont pas dangereuses, sur vingt-sept cas je n'ai pas perdu une malade.

L'hystéropexie doit être toutefois complétée le plus souvent par un curetage pour remédier à la métrite qui a été la cause initiale, et qui persiste encore. Si dans trois cas j'ai fait avec succès l'hystérectomie, enlevant par cette voie l'utérus et les annexes malades, toutefois je ne saurais être partisan de cette opération qui peut quelquefois être beaucoup trop sérieuse, les annexes n'étant souvent pas malades toutes les deux et pouvant être quelquefois conservées.

On a en effet des ovaires kystiques qu'on peut ponctionner, des trompes encore perméables qu'on peut cathétériser.

Quant à la technique de l'hystéropexie, je tiens à parler de la manière dont je la pratique.

Après avoir pendant quelque temps fixé le corps de l'utérus à la paroi en passant des fils de soie en plein dans le corps de l'organe, à l'heure actuelle, j'ai renoncé à ce système de fixation, j'ai remarqué en effet que souvent, malgré les précautions aseptiques prises, ces fils de soie tendaient à s'infecter et à s'éliminer, il en résultait une fistule de longue durée qui ne pouvait se fermer qu'après l'ablation du fil.

Comme ces accidents survenaient un temps assez long après l'opération, alors qu'on croyait la malade guérie, il fallait bien admettre une infection secondaire de ces fils, d'autant plus compréhensible que ces fils avaient été passés dans un milieu septique. Il ne faut pas en effet perdre de vue que l'utérus atteint de rétroflexion est généralement le siège d'une métrite plus ou moins ancienne et que, dans ces conditions, l'aseptie du tissu utérin peut être suspecte.

Pour éviter cet accident je préfère, à l'heure actuelle, passer mes fils dans le ligament large, je les passe au-dessous de l'insertion utérine du ligament rond que je fixe de chaque côté à la paroi abdominale. Dans ces conditions, je n'ai plus vu mes fils s'éliminer et j'ai constaté que mon utérus se maintenait bien fixé.

M. le D[r] **W. Gill-Wylie** (New-York). — I fully agree with Prof. Pozzi that the importance of displacements has been greatly overacted. Much valuable time has been lost in regarding the displacement as the disease per se and in directing all efforts to correct the displacement which is as a rule merely a complication associated with many diseases of the uterus. I cannot fully accept the term-

used by Dr Polk, when he speaks of treating uncomplicated displacement for when uncomplicated it gives no special trouble. With rare exception if we cure the associated diseases the displacement is corrected or fail to give trouble. I admit that in many cases complicating displacements make a cure much more difficult. No can I agree with Prof. Pozzi when he find a retroverted uterus excessively movable. It is true that by force the uterus can be lefted to an extreme degree but the displacement causes a low of normal mobility and leaves it fixed in the pelvis against the bones of the pelvis where all intra-abdominal forces from above struck it broadside.

Before resorting to any surgical treatment I would always reduce any existing subinvolution by proper local treatment. If indicated I would dilate, curette and drain the uterus, remove any abnormal tissue about the cervix by amputation and sew it up in such a way as to shorted up the intra vaginal part of the cervix. Then properly repair the perineum so as to give normal support to the lower end of the rectum, for I am convinced that the chief force, which drives and drags down a retroverted uterus in the pelvis in many cases is straining at stool, in the endeavour to force out fecal matter from the pouch formed by the unsupported lower end of the rectum. The above treatment when properly carried out will cure the large majority of the cases of retrovertion uncomplicated by adhesions or small fibromata.

In this class of uncomplicated cases where the above treatment fails to correct the displacement and cure the symptoms I believe Alexander's operation for shortening the round ligaments is the best operative procedure and gives the best results when properly done. I don't cut open the rings but evict the fat and the retracted ends of the ligament and merely lay bore the colums of the ring, sewing the round ligaments after being drown out to the edges of both colums of tissue forming the ring.

When the retrovertion is complicated by small fibromata and chronic endometritis or metritis, complete vaginal hysterectomy is the only effective operation in some case.

Retrovertion complicated by adhesions should be kept under observation and all other associated diseases such as endometritis, lacerations, etc. should be cured and if the local symptoms are not removed and are sufficienty severe to warrent it, I would advise abdominal section and in those cases where the tubes were not occlude or the ovaries too much deseased, I would separate the

adhesions and shorten the round ligaments by denuding their innen borders and folding them up so as shorten them sufficiently to hold up the fundus forward, and sew them with fine silk in such a manner as not to strangulate or permanently injure them after fixing the uterus up. I would keep the uterus up for two months with a retrovertion pessary.

In my own practice the above methods have been satisfacting and I have never been convinced that wholthing up be called the unatural operation of ventro-fixation is justifiable. In fact I would not open the peritoneum merely to correet a displacement, but when opened for diseased conditions associated with displacement, I would at the same times correct it.

I would resort to the following operations for the correction of retro-displacements.

1st Dilate, curette and drain the uterus and amputate the diseased tissue of the cervix as indicated. Sewing up the wound of the amputation in such a way as to draw up the vaginal wall to the utero sacral ligaments.

2de Saw up the laceration of the vagina and perineum so as to give full support to the lower end of the rectum and by this prevent the cervix being dragged downwards and forwards, this causing retrovertion.

3th Alexander's operation for shortening the round ligaments without opening the canal or injuring the columns of the ring.

4th Having opened the abdomen for other indications besides a retroverted and adherent uterus would shorten the round ligaments after breaking up adhesions and by folding the round ligaments on themselves and sewing them thus folded so as not constrict or injure the tissues.

5n If I removed the uterus it would be for other indications and not because the uterus was displaced.

M. **C. Jacobs.** — Je désire prendre la parole dans la discussion du traitement des rétrodéviations utérines pour m'élever contre l'abus immodéré que l'on a fait dans ces derniers temps d'opérations qui tout en ne présentant que peu de dangers immédiats, peuvent tardivement mettre en danger la vie des opérées.

Jusqu'au moment où l'on a préconisé dans les cas de l'espèce

l'hystéropexie vaginale, diversement modifiée suivant les opérateurs, l'hystéropexie abdominale était l'opération de choix. Pratiquée pour toutes espèces d'affections, elle a pendant longtemps jouit d'une réputation qui paraissait inattaquable. Mais peu à peu les accidents tardifs ont été dévoilés, et l'engouement s'est porté vers l'hystéropexie vaginale.

Sans fausse honte, je viens ici déclarer que si j'ai pratiqué de nombreuses hystéropexies abdominales, l'expérience m'a appris aujourd'hui que c'est une opération qui peut offrir des complications telles qu'elles doivent suffir pour la faire rejeter par tout chirurgien consciencieux.

Il y a 3 ans environ un de mes élèves fut appelé auprès d'une malade atteinte d'obstruction intestinale survenue brusquement. Ce praticien tenta la cœliotomie, mais la malade succomba. A l'autopsie il découvrit que l'obstruction était dûe à un ileus formé autour d'une espèce de pédicule qui reliait l'utérus à la paroi abdominale. Cette personne avait été opérée 2 ans auparavant d'hystéropexie abdominale. La méthode suivie, d'après nos recherches avait consisté en avivement de surfaces sur la paroi utérine antérieure et sur le péritoine pariétal, et en 2 sutures perdues au catgut.

Depuis cette époque, à trois reprises différentes, j'ai été appelé à devoir pratiquer l'hystérectomie vaginale chez des personnes ayant subi plus ou moins longtemps auparavant l'hystéropexie abdominale. L'opération fut toujours laborieuse, la difficulté étant occasionnée par un pédicule plus ou moins long reliant l'utérus aux parois abdominales. Je crois même que le premier temps de l'opération de l'hystérectomie chez ces malades doit consister dans l'ouverture des parois abdominales au niveau de la cicatrice, ce qui permet de détacher ce pédicule de ses attaches.

Enfin tout récemment dans une hystérectomie pratiquée chez une personne opérée à Berlin il y a deux ans d'ablation annexielle unilatérale et d'hystéropexie abdominale, j'ai trouvé une fois encore un pédicule long de 4 à 5 centimètres entre l'utérus et la paroi.

J'ai l'honneur de vous soumettre les documents anatomiques. Ils vous convaincront mieux que des paroles de l'existence de ce pédicule, formé de tissus musculaires et fibreux, et du péritoine.

Une opération qui peut donner naissance à pareilles anomalies anatomiques doit, à mes sens, être abandonnée ; l'argument est suffisamment sérieux en lui-même, la vie des malades pouvant être mise en jeu rapidement et directement.

D'autre part, l'opération pratiquée chez des personnes jeunes leur permet-elle d'avoir des accouchements à terme ?

Sur 60 hystéropexies abdominales que j'ai opérées, je dois signaler : 9 accouchements à terme depuis les opérations, 7 accouchements à une époque plus ou moins avancée de la grossesse.

Je dois signaler également une dizaine de cas dans lesquels j'ai observé ce que l'on appelle des récidives. N'étaient-ce pas plutôt des cas dans lesquels la formation d'un pédicule entre l'utérus et les parois abdominales a permis à nouveau le déplacement pathologique de l'organe utérin ?

L'hystéropexie vaginale a remplacé l'opération abdominale auprès de beaucoup d'opérateurs, surtout en Allemagne. Comme on la pratiquait au début, sans ouvrir le péritoine, elle présentait sinon certains dangers opératoires, au moins l'inconvénient des récidives fréquentes, provenant de ce que l'on suturait à la voute vaginale plus souvent la portion sus-vaginale du col que la paroi utérine antérieure. Les avortements consécutifs étaient fréquents.

Sur 21 cas que j'ai opérés sans ouverture du péritoine 6 malades ont eu un ou plusieurs avortements, toujours de 2 à 3 mois. 3 grossesses sont arrivées à terme, 5 cas ont récidivé.

L'opération vaginale avec ouverture du péritoine et sutures perdues réunissant la paroi utérine antérieure, à sa partie supérieure, et le péritoine du cul-de-sac vésico-utérin, en suivant le procédé que j'ai décrit au Congrès de Bordeaux l'an dernier, donne de très bons résultats. Les avortements sont moins à craindre, parce que l'utérus garde une mobilité, rendue impossible par la suture du muscle à la paroi vaginale.

Sur 16 cas opérés de cette manière j'ai observé 4 accouchements à terme, 1 seul avortement. Je n'ai jusqu'à ce jour observé aucune récidive de la déviation utérine.

En résumé si tant est que l'hystéropexie soit une opération d'avenir, les dangers consécutifs feront rejeter la voie abdominale ; dans l'opération vaginale on doit se contenter de suturer le muscle utérin au péritoine, sans comprendre la muqueuse vaginale dans les sutures.

L'élytrotomie postérieure, le détachement des adhérences et la réposition de l'utérus, maintenue par de la gaze placée dans le pelvis, manœuvres préconisées par quelques chirurgiens, constituent dans leur ensemble une opération à résultats illusoires, la gaze provoquant de nouvelles adhérences, qui en se rétractant, ramènent la

déviation pathologique. L'élytrotomie postérieure peut, avec avantage, être combinée à l'hystéropexie vaginale.

M. **Pichevin** (Paris). — L'excellent travail de M. Pozzi met bien en lumière la pathogénie et le traitement des rétrodéviations de l'utérus. Cependant je me permettrai de ne pas être tout à fait de l'avis de notre rapporteur et d'ajouter à la déviation elle-même une importance plus grande qu'il ne le fait. Ce facteur, c'est-à-dire le trouble statique, ne doit jamais être négligé, *quand on se décide à intervenir chirurgicalement*. La déviation vicieuse engendre en effet des phénomènes morbides qui sont sous sa dépendance exclusive, alors qu'il n'existe ni métrite, ni lésions inflammatoires péri-utérines quelconques (paramétrite, périmétrite, inflammation des annexes, ovaires scléro-kystiques, adhérences diverses, etc.). C'est ainsi que le simple redressement de l'utérus mobile et son maintien en bonne situation par le port d'un pessaire peut faire disparaître immédiatement des accidents divers imputables aux changements apportés dans la statique. De plus je crois que la déviation doit être traitée chez les femmes *jeunes,* parce qu'elle engendre à la longue des troubles circulatoires dans l'utérus et dans les annexes, qu'elle favorise la stagnation des sécrétions utérines et qu'elle est peut-être susceptible, comme il sera dit plus loin, de produire des altérations dans les tissus utérins. D'autre part, il est bien certain que la déviation utérine peut être supportée par certaines femmes, sans qu'il en résulte aucun symptôme. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'occuper d'une déviation que l'on rencontre par hasard chez une femme qui n'est pas éloignée de la ménopause et qui ne présente aucun symptôme que l'on puisse raisonnablement rapporter à la chute de l'utérus en arrière.

Après avoir fait cette restriction, je déclare avec M. Pozzi, comme je l'avais déjà dit au Congrès de Bordeaux, qu'il faut attacher la plus grande importance au traitement de la métrite. Si on laisse subsister l'inflammation utérine, les phénomènes morbides peuvent persister. *Challeix,* au Congrès de Bordeaux, citait l'exemple d'une femme qui avait subi sans succès l'amputation du col, des opérations plastiques sur le vagin, et une opération pour redresser l'utérus. Il avait fallu simplement curer l'utérus par la suite pour obtenir une guérison complète. Il y a donc lieu d'insister, comme l'a fait M. Pozzi,

sur la nécessité de traiter la métrite du col et celle du corps (amputation du col ou opération de Bouilly et curage).

Quant aux lésions péri-utérines, elles sont très fréquentes dans les rétrodéviations qui donnent naissance à des troubles divers pour lesquels le gynécologue est consulté. Il y a lieu d'être bien pénétré de ce précepte qu'il faut toujours chercher ces lésions, qu'elles sont fréquentes et qu'il faut diriger contre elles une thérapeutique spéciale, si l'on ne veut pas courir au devant d'un échec certain, même en mettant en œuvre toute la série des opérations destinées à guérir la métrite et à fixer l'utérus en bonne position.

Le traitement des rétrodéviations est compliqué et variable. Il doit tenir compte des différents facteurs dont il a été question et qui peuvent se trouver isolément ou se combiner ensemble. L'important est de baser l'indication opératoire sur un diagnostic précis et complet. C'est là que gît toute la difficulté.

Quand il n'existe aucune lésion des annexes, quand il n'y a ni paramétrite, ni périmétrite, ni adhérences, soit de l'utérus, soit des annexes aux différents organes ou tissus voisins, l'opération de choix est le raccourcissement des ligaments ronds combiné aux interventions portant sur le corps (curage), sur le col (amputation de Schrœder, amputation de Bouilly), sur le vagin et le périnée. Cette série d'opérations est excellente, mais comme toutes les autres interventions dirigées contre la rétrodéviation, ses résultats ne sont pas *toujours* parfaits. Une des causes des insuccès qui ont été observés est l'existence méconnue d'une petite lésion annexielle, périmétritique, paramétritique ou de quelques adhérences, vestiges d'une inflammation développée autour de la matrice, ou autour de l'ovaire et de la trompe.

Ces lésions ne sont pas toujours faciles à diagnostiquer, surtout quand elles sont peu marquées. La laparotomie seule jusqu'ici avait l'avantage de permettre de se rendre compte des lésions et de pratiquer, suivant le cas, soit une simple libération de l'utérus, de l'ovaire ou de la trompe, soit une hystéropexie abdominale, combinée quelquefois à une résection de l'ovaire et de la trompe, ou une ablation unilatérale et même bilatérale des annexes.

En 1894, j'ai fait à l'Académie de Médecine une communication sur les avantages de la colpo-hystéropexie antérieure dans le traitement de la rétrodéviation. J'avais été séduit par cette opération combinée, bien entendu, au curage et à des interventions portant sur le col, le vagin et le périnée. Grâce à l'incision médiane de la

paroi vaginale antérieure et à l'ouverture systématique du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin que je proposais, je pensais qu'on pouvait utilement explorer l'utérus et les annexes, détacher les adhérences, réséquer ou enlever l'ovaire ou la trompe, et finalement fixer l'utérus en antédéviation. L'objection que cette fixation n'était pas solide ne nous a pas semblé être justifiée. Les utérus que nous avons mis, M. le professeur Le Dentu et moi, en antédéviation par l'opération de Mackenrodt modifiée, tiennent bien en place; mais cette intervention menace la vessie, et si elle donne plus de jour pour l'exploration que l'opération de Dührssen, elle est moins bénigne et moins facile que celle-ci.

Les accidents qui ont été signalés en Allemagne pendant l'accouchement nous ont mis dans la nécessité d'attendre la publication de nouvelles statistiques et d'autres travaux pour savoir s'il fallait renoncer à la colpo-hystéropexie antérieure. Une de nos malades qui avait subi la vagino-fixation avec ablation des annexes d'un côté est devenue enceinte. La grossesse a été normale, mais l'accouchement a été difficile et l'enfant est mort pendant le travail. Aussi, jusqu'à plus ample informé, je ne pratiquerai plus la vagino-fixation que chez des malades qui ne sont guère susceptibles d'avoir une grossesse. Tout dernièrement j'ai fait, dans ces conditions, une opération de Dührssen combinée à des interventions sur le col, le vagin et le périnée. C'est cette intervention que j'adopterais, malgré le peu de jour qu'elle donne, pour faire basculer en avant l'utérus et les annexes. Si l'utérus ne vient pas aisément, mieux vaut renoncer à la vagino-fixation que de pratiquer ensuite l'incision médiane de la paroi vésico-vaginale, avec dédoublement des parois vésicales et vaginales, pour avoir un champ opératoire moins étroit.

Partie expérimentale et histologique. — Dans deux cas de rétrodéviation, j'ai pu examiner l'utérus qui avait été enlevé par hystérectomie.

RÉTROVERSION

Premier cas. — Un fait frappe au premier abord, c'est l'inégalité de développement que présentent les deux faces (antérieure et postérieure) de l'utérus; la paroi postérieure est environ trois ou quatre fois plus épaisse que l'autre.

On peut résumer la nature des lésions dont l'utérus est le siège en disant que cet organe est sclérosé et enflammé.

En effet, les couches moyennes de la muqueuse sont infiltrées de cellules inflammatoires ; toutefois ces lésions n'acquièrent pas l'importance de celles dont le tissu musculaire est le siège. Celui-ci a presqu'entièrement disparu, et il est remplacé en majeure partie par des fibres lamineuses extrêmement denses.

Ce tissu conjonctif est parcouru par des vaisseaux anormalement développés. Sur des coupes examinées à l'œil nu, on voit ceux-ci dessiner un arc de cercle dans l'épaisseur de la paroi utérine, à peu près en son milieu. Au microscope, on constate que ces vaisseaux ont une paroi extrêmement épaisse et sont compris dans une zone où la réaction inflammatoire est particulièrement accusée.

Disons enfin qu'il existe des signes de périmétrite.

Deuxième cas. — Les lésions rappellent très exactement celles qui ont été décrites à propos de la pièce précédente.

Ici encore il s'agit de sclérose et d'inflammation du parenchyme utérin ; néanmoins, diverses particularités méritent d'être signalées :

Tout d'abord, l'inflammation de la muqueuse est beaucoup plus accusée : en quelques points même les glandes disparaissent, envahies par les cellules migratrices ; en second lieu, les portions périphériques de l'utérus présentent les signes d'une inflammation manifeste ; celles-ci sont constituées par de petites cellules libres baignant dans des exsudats fibrineux.

Quant au tissu musculaire, comme dans le cas précédent, il est en très grande partie remplacé par du tissu fibreux renfermant de très nombreux vaisseaux.

J'ai tenté d'élucider, par la méthode expérimentale, la pathogénie des versions de l'utérus ; malheureusement, mes expériences ne sont encore ni assez nombreuses, ni assez anciennes pour me permettre de me prononcer catégoriquement.

Néanmoins, à la suite de diverses expériences pratiquées chez la lapine, malgré toutes les réserves qui s'imposent étant donné la constitution différente de l'utérus de ce rongeur, dans le but d'étudier les modifications que subit le parenchyme de l'utérus fixé dans une position vicieuse, il me semble plausible d'admettre que, consécutivement à ces manœuvres, cet organe peut présenter des phénomènes de sclérose comparables à ceux que j'ai observés chez la femme, et cela en l'absence même de toute cause d'inflammation.

Je tire cette conclusion peut-être prématurée que chez les femmes jeunes, la déviation par elle-même peut entraîner des lésions utérines, et qu'il est nécessaire de mettre l'organe en bonne position,

ne serait-ce qu'à l'aide d'un pessaire, sans parler de la nécessité de traiter la métrite, le relâchement du plancher pelvien et l'inflammation péri-utérine.

M. **Paul Petit** (de Paris). Je crois qu'il y a lieu d'insister sur les décisions diverses que doit naturellement entraîner en clinique, la diversité même des rétrodéviations. Il est tout d'abord question de savoir si une intervention chirurgicale, une intervention directe ou indirecte, ou même une intervention quelconque est indiquée.

Les *rétrodéviations simples* quand elles sont *récentes,* doivent être combattues systématiquement, attendu qu'on ne sait ce qu'elles deviendront : mais elles ne relèvent pas du traitement chirurgical ; un bon pessaire leur suffit.

Quand elles sont *anciennes* et *bien supportées,* rien à faire, à moins qu'on ne leur attribue la stérilité ; en ce cas, et, de même, pour les rétrodéviations *anciennes et mal tolérées* du même groupe, on peut opter entre le pessaire qui offre ici moins de sûreté et l'intervention chirurgicale.

Des lésions annexées aux rétrodéviations, les unes, comme la métrite, *influent pour une part égale ou inférieure sur les symptômes et le traitement ;* les autres, et ce sont de beaucoup les plus nombreuses, *prédominent à tous points de vue :* on y peut ranger les *tumeurs,* le *prolapsus,* les *adhérences péritonéales,* la *rétraction du tissu cellulaire pelvien,* la *sclérose localisée à l'angle de flexion.*

Enucle-t-on un de ces volumineux *fibromes* de la paroi postérieure de l'utérus qui renversent complètement l'organe, en l'enclavant ? Tout symptôme subjectif peut disparaître, alors que l'organe demeure encore un peu gros et rétroversé.

La rétrodéviation se complique-t-elle de *prolapsus ?* Si elle ne dépasse pas en arrière l'axe vaginal, les opérations plastiques sur l'appareil de soutènement suffisent. Dans le cas contraire, ces opérations doivent toujours constituer la phase première du traitement, attendu que la rétrodéviation, si prononcée qu'elle soit, est toujours englobée dans la hernie pelvienne. Bien plus, même si elle est *complète,* pour peu qu'elle soit en même temps récente et d'origine puerpérale, le rétablissement du jeu des deux valves vagino-périnéales peut encore suffire, s'il est poussé à fond et si l'on dirige bien les tamponnements consécutifs.

Les *adhérences péritonéales,* quand elles sont *lâches et récentes,* sont

curables par le traitement antiphlogistique suivi de la mobilisation de l'utérus par les tentes et la sonde. La déviation concomitante disparaît avec elles ou l'on retombe dans le traitement de la rétrodéviation mobile.

Les *adhérences anciennes et résistantes* coïncident généralement avec des lésions bilatérales et irrémédiables des annexes qui entraînent la castration utéro-annexielle. Si l'on conserve l'utérus, avec ou sans annexes d'un côté, tous les méfaits inhérents aux antéfixations anormales étant mis à part, on ne rendra guère service à la malade en ramenant l'organe en avant, car la récidive ou la continuation des douleurs est presque toujours due au retour ou à la persistance de l'infection.

La *rétraction du tissu cellulaire pelvien* détermine la *rétroposition ou la rétroversion résistantes,* suivant que l'utérus a été surpris par le travail inodulaire en situation normale ou déjà en rétroversion. Or, on peut, contre toute attente, mobiliser complètement l'organe et faire disparaître les douleurs, par l'usage prolongé des tentes, du massage sur de grosses sondes et de la columnisation du vagin. Une opération de redressement devient alors acceptable, sinon l'on fait l'hystérectomie.

Le traitement de la *rétroflexion mobile ou adhérente* se confond avec celui de la rétroversion; pour la rétroflexion fixée par l'involution scléreuse du tissu utérin, on peut ordinairement se contenter de la dilatation progressive suivie ou non de l'application, pour quelques mois, d'une tige à demeure.

Ainsi donc la rétrodéviation de l'utérus est un état morbide parfois négligeable, souvent accessoire et relevant des moyens spécialement dirigés contre les lésions prédominantes.

Il exige, en tout cas, de toute intervention directe, les conditions de facilité, de sécurité et d'efficacité que doit toujours remplir la chirurgie conservatrice. A ce point de vue tous les modes d'*antéfixation anormale* devaient être rejetés d'emblée et l'expérience cruelle que plusieurs de nos éminents collègues en ont faite a surabondamment prouvé ce que le simple raisonnement faisait déjà prévoir.

Je n'ai point de documents spéciaux sur la *vagino-fixation,* et j'attends les variétés de dystocie encore inédites que nous réserve la *vésicofixation;* mais voici ce que j'ai observé sur un certain nombre de malades opérées par *ventrofixation:* des cicatrices douloureuses avec sensation de traction très pénible à leur niveau, de l'inventration (ces inconvénients coïncident il est vrai avec l'absence ou l'im-

perfection des opérations vagino-péritonéales de rigueur), de la dysurie avec pollakiurie par le fait d'une fixation trop élevée.

Parmi les opérations qui s'adressent aux agents de l'*antéfixation physiologique,* il faut distinguer celles qui *fixent les ligaments en situation anormale* de celles qui les *raccourcissent dans leur direction normale.* Les premières sont logiquement supérieures aux secondes qui comptent les différents procédés de *raccourcissement des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés.* Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés n'est pas encore sorti de la période d'étude et paraît moins complètement réalisable que le raccourcissement des ligaments ronds. Le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds n'a guère eu de succès qu'auprès de ses auteurs et je me demande si M. Bode a rendu son procédé plus acceptable en l'ajustant à la cœliotomie.

Reste l'opération d'Alquié-Alexander qui, pour n'être pas neuve, n'en offre que plus de garantie. Je l'ai pratiquée, pour ma part, une vingtaine de fois et, de l'observation de mes opérées, je puis tirer les conclusions suivantes:

C'est une opération *facile et rapide,* si l'on prend comme point de repère principal l'épine du pubis. C'est une opération *sûre,* car son cœfficient de mortalité est actuellement nul; en n'ouvrant que peu ou prou le canal inguinal, on se met à l'abri des hernies; l'élimination des fils profonds doit être, en principe, évitée; les cicatrices ne comptent pas; la grossesse est facilitée, il n'y a pas de distocie à craindre et les résultats obtenus résistent aux efforts d'accouchements multiples. Enfin, c'est une opération *suffisamment efficace* si l'on suit de près ses indications et sa portée. Il se peut que, dans des cas limités, l'utérus revienne un peu en arrière. Mais mieux vaut un utérus en position moyenne qu'en antéfixation pathologique.

M. **Ed. Schwartz** (Paris). — Nous avons eu à soigner environ 150 rétrodéviations utérines. Parmi celles-ci, la fixation de l'utérus nous a paru indiquée 46 fois. Ce sont ces 46 observations que nous avons l'honneur de vous présenter au point de vue des résultats immédiats et lointains. Nous avons pu sur nos 46 opérées en revoir 33 de 3 mois à 5 1/2 ans après leur opération; 12 guéries à leur sortie n'ont pu être retrouvées, une est morte trois semaines après l'intervention de tuberculose galopante; c'est la seule mort que nous

avons eu à enregistrer et elle n'est qu'indirectement liée à l'intervention comme nous le verrons plus loin.

Nous examinerons successivement nos 46 opérées au point de vue de l'âge, de la gestation, de la nature de la rétrodéviation, de celle du traitement antérieur, des lésions annexielles. Nous décrirons ensuite l'opération telle que nous la pratiquons ; enfin, nous exposerons les suites opératoires et les résultats thérapeutiques considérés au point de vue de la guérison définitive des troubles fonctionnels liés ou non à la cure de la rétrodéviation, au point de vue encore de la grossesse et de l'accouchement.

Age. Nos 46 opérées ont toutes moins de 50 ans, et plus de 20 ans.

Elles se répartissent comme suit :

de 20 à 30 ans	26
» 30 » 40 »	18
» 40 » 50 »	2

Célibat et mariage. Nous relevons :

15 célibataires,
29 femmes mariées.

Influence de la grossesse et de l'accouchement :

7 sont nullipares,
16 sont unipares,
22 sont multipares,
1 est ?

Nature de la rétrodéviation. Notre diagnostic a toujours été posé le plus exactement possible à l'aide du palper bimanuel, de l'hystérométrie avec l'hystéromètre de Terrillon, etc.

Il y avait : 29 rétroversions,
7 rétroversions avec flexion,
10 rétroflexions.

Parmi les 29 rétroversions, 12 étaient mobiles ou le paraissaient, réductibles et semblaient disposées à rester réduites, 12 étaient manifestement adhérentes, irréductibles ou difficilement réductibles, 5, quoique mobiles, présentaient des lésions annexielles très nettes.

Les 7 rétroverso-flexions présentaient des adhérences franches empêchant leur réduction dans 5 cas ; 2 fois elles étaient mobilisables mais avec des lésions des annexes au moins franches dans un cas.

Parmi les dix rétroflexions, 4 étaient adhérentes et irréductibles, les autres étaient mobiles ou mobilisables, mais avec des lésions annexielles, ou ne se maintenant pas ou combinées avec un fort prolapsus.

Presque toujours, en même temps que la rétrodéviation existait une métrite plus ou moins intense soit totale, soit corporelle ou cervicale avec plus ou moins de prolapsus, et qui a été traitée ; une seule fois, l'utérus paraissait sain ; il s'agissait d'une véritable rétroversion traumatique survenue après une chute chez une nullipare (Obs. 14), il est probable que la bascule de l'utérus a été favorisée par la présence d'un corps fibreux sous-péritonéal inséré sur la corne utérine droite que nous avons découvert et enlevé.

Dans tous les cas de rétrodéviations simples, alors que nous ne pensions pas à une lésion des annexes uni ou bilatérale, nous avons commencé par essayer de la réduction avec ou sans chloroforme, par les bougies d'Hegar, suivie d'application de tampons disposés et tassés dans le cul-de-sac postérieur, renouvelés, ou le port d'un pessaire de Hodge ou de Meinière.

Dans trois cas nous avons pratiqué l'opération d'Alexander et ce n'est que parce qu'elle n'a donné aucun résultat que nous avons passé à l'hystéropexie.

Deux fois le raccourcissement des ligaments ronds avait été fait quelque temps avant : 1 fois les ligaments n'existant pour ainsi dire pas, nous avons pratiqué séance tenante l'hystéropexie.

Etat des annexes. Dans 20 cas nous avons pensé que les annexes étaient saines, 26 fois elles étaient soit douteuses (4 fois) soit malades (22 fois), dont 18 fois d'un seul côté (14 fois à droite 4 fois à gauche), 4 fois des deux côtés.

Ces lésions, ainsi que nous l'a montré la laparotomie et l'examen direct, étaient presque toujours celles de la salpingoovarite chronique avec une trompe épaissie oblitérée, un ovaire polykystique scléreux atrophié.

Une fois, sans que nous en ayons fait le diagnostic, nous avons trouvé une grossesse tubaire de 6 semaines environ, rompue, avec un caillot mobile dans le cul-de-sac de Douglas ; cette rupture était pour ainsi dire passée inaperçue et n'avait donné lieu qu'à quelques malaises.

Opération. Voici comment nous la pratiquons.

Après avoir préparé la malade pour la laparotomie, fait la désinfection soignée du vagin et de l'utérus, et introduit dans la cavité

utérine une bougie d'Hegar n° 6 ou 7 que nous fixons à l'aide d'un tampon d'ouate; nous procédons à la laparotomie. L'incision abdominale quand nous prévoyons une hystéropexie simple ne dépasse pas 4 à 5 centimètres. Dès que le péritoine est ouvert, on redresse l'utérus, s'il est mobilisable et sans grandes adhérences; les doigts introduits dans la cavité pelvienne vont chercher le fond, le décollent, s'il y a lieu, du cul-de-sac de Douglas, déchirent les adhérences latérales et se rendent compte des lésions annexielles. Une fois l'utérus libéré, amené et maintenu en face de la boutonnière abdominale par un aide qui fait basculer l'hystéromètre, nous passons à un centimètre au-dessous des insertions tubaires un fil de soie n° 2 ou 3, qui traverse le parenchyme utérin, et dont les deux chefs sont saisis par une pince à forcipressure; la pose des fils inférieurs, au nombre de deux ou trois n'est plus qu'un jeu. Si les annexes sont lésées, il vaut mieux les traiter avant la fixation définitive de la matrice. Si elles ne sont pas malades, on passe successivement les fils qui traversent l'utérus au niveau de la face antérieure, à travers les plans séreux musculaire et aponévrotique; de chaque côté on serre les fils et on les coupe à ras du nœud. Quelques fines soies sont ensuite placées sur le péritoine, après qu'on s'est assuré qu'aucune anse d'intestin grêle n'est venue se glisser entre l'utérus et la paroi, et que l'épiploon abaissé recouvre le paquet intestinal. Quelques soies réunissent péritoine et couche musculoaponévrotique au-dessus des sutures utérines, enfin des crins de Florence traversent profondément la peau, la couche sous-cutanée et l'aponévrose puis, superficiellement, la peau seule pour amener un parfait affrontement.

La suture intradermique se fait facilement en ayant soin d'effacer tout espace mort par la pose de deux points de suture profonds embrassant peau, tissu sous-cutané et aponévrose et qu'on ne serre et noue que lorsque la suture intradermique est terminée.

Nous avons fait l'hystéropexie simple, 24 fois, 22 fois elle a été combinée avec une intervention sur les annexes. Toutes les fois que nous l'avons pu, nous avons cherché à faire de la conservation; trois fois dans des cas d'annexites peu graves unilatérales l'iguipuncture a ouvert 5 à 6 kystes, 2 fois elle a été bilatérale, entr'autres dans un cas opéré par mon collègue et ami Routier; 2 fois j'ai pratiqué la résection d'un gros kyste de l'ovaire avec suture consécutive de la glande (observ. 9 et 19.)

La castration ovariotubaire n'a été parfaite que lorsque les lésions nous paraissaient plus avancées; 14 fois elle a été unilatérale, 2 fois

elle a été bilatérale (observ. 20 et 31). Dans un cas nous avons dû enlever un fibrome sous-péritonéal, en laissant les annexes à peu près normales en place (obsev. 14).

Les résultats opératoires se chiffrent par 45 guérisons.

1 mort au bout de 3 semaines par tuberculose galopante.

Cette malade nous avait été adressée du service de notre regretté maître le docteur Dujardin-Beaumetz ; elle y avait été soignée pour une bronchite suspecte qui avait bien guéri ; comme elle souffrait beaucoup de sa rétrodéviation, nous l'avons opérée au bout d'un mois. Tout alla bien les premiers 5 jours. Le sixième jour elle fut prise de toux avec élévation de température en même temps qu'on constatait les jours suivants tous les signes d'une forte tuberculose rapide des deux poumons. Elle succomba 19 jours après l'opération avec des escharres au niveau du sacrum et de la partie inférieure de la suture abdominale. L'autopsie permit de constater l'existence d'une tuberculose à cavernules multiples des deux poumons. Rien du côté du ventre, un point de suppuration au-dessous de l'escharre abdominale. Aucune adhérence ne s'est formée au niveau de la face antérieure de l'utérus, qui tient à la paroi par deux fils de soie.

Sur les 45 malades guéries 8 ont eu de petits abcès de la paroi dûs presque toujours aux fils ; nous avons presque dans tous les cas employé la soie plate n° 2 ou 3 ; on remarquera que ces abcès se sont presque toujours développés au niveau de la partie inférieure au-dessus du pubis, à l'endroit où la plaie est le moins bien protégée, où la peau garnie de poils, quoique rasée est plus difficile à désinfecter. Malgré tout, comme on pourra s'en rendre compte soit que nous ayons pris plus de soin pour le nettoyage de la région, soit que cela tienne à une stérilisation plus parfaite de nos fils, tandis que jusqu'en 1894 nous observions 7 abcès, nous n'en avons plus eu qu'un seul depuis cette date (observ. 40).

Actuellement, nous stérilisons nos soies à l'étuve de Sorel ; elles sont conservées dans la liqueur de Van Swieten ou la solution phéniquée forte ; au moment de s'en servir elles sont bouillies pendant une demi-heure environ dans de la solution phéniquée forte. Nous n'avons fait usage du catgut que trois fois, parce que nous craignions que la résorption ne se fasse avant que des adhérences solides aient fixé la matrice.

La guérison a été entravée deux fois par des complications plus graves, une fois par une pneumonie qui a éclaté au huitième jour, une autre fois par une obstruction intestinale. Il s'agissait d'une

femme de 28 ans (observ. 7) que j'avais opérée sans encombre en faisant une castration droite et en appliquant l'ignipuncture à gauche.

Tout alla bien ; la malade était guérie quand elle fut prise le 24e jour, le 7 Juillet, de maux de tête violents et de vomissements avec accès de constipation qui duraient déjà depuis 8 jours environ. Peu à peu le ventre se ballonna en même temps que les vomissements continuaient et que se dessinaient tous les signes d'une occlusion intestinale avec douleur très vive dans la fosse iliaque droite. Le 13 Juillet, les accidents paraissent pressants, mon collègue et ami Rochard, appelé d'urgence, opère la malade. La laparotomie faite sur le bord externe du muscle droit, montre un peu de péritonite ; au niveau de l'utérus qui est bien fixé, rien de spécial, par contre dans la fosse iliaque droite on trouve une bride qui adhère à la paroi pelvienne et qui n'est autre que le pédicule droit auquel adhère une anse d'intestin grêle ; celle-ci est détachée, doucement amenée au dehors et montre une coudure très nette effaçant son calibre presque complètement. La coudure est redressée et l'intestin qui ne paraît pas très malade est réduit.

Dans la nuit abondante debâcle et vomissements encore fécaloïdes, puis diarrhée qu'on arrête au bout de 24 heures.

Guérison. L'opérée quitte l'hôpital le 6 août 1893.

C'est une de nos opérées revues en juillet dernier. Elle a eu un enfant il y a 10 mois avec une grossesse très bonne, un accouchement un peu laborieux. L'utérus est resté très bien fixé.

Elle est une preuve vivante de l'efficacité et de l'innocuité des pointes de feu, puisqu'elle n'avait plus qu'un ovaire qui a subi l'ignipuncture.

Chez une troisième opérée est survenue une salpingite avec prolapsus de la trompe enflammée dans le cul-de-sac de Douglas et qui a nécessité une laparotomie nouvelle 6 semaines après l'hystéropexie (observ. 36). Les annexes avaient été laissées en place, tellement elles semblaient peu altérées.

Au lieu d'être soulagée par l'opération qui avait eu lieu le 18 octobre la malade recommenca à souffrir très vivement en même temps que se dessinait une tumeur très douloureuse dans le cul-de-sac latéral gauche et postérieur. Cette tumeur ne retrocédant pas, nous songeâmes à la possibilité d'une lésion annexielle très probablement de l'ovaire, et comme l'opérée souffrait de plus en plus, elle accepta une seconde intervention qui nous permit de reconnaître qu'il s'agissait d'un prolapsus de la trompe enflammée en forme de massue,

dans le cul-de-sac de Douglas, alors que l'ovaire était peu altéré. Il fut très difficile de décortiquer la trompe adhérente, les annexes gauches furent enlevées.

On profita de la nouvelle intervention pour retirer un fil de soie qui provoquait de la suppuration de la cicatrice abdominale.

L'opérée sortit guérie, mais n'a pas été revue.

Les résultats thérapeutiques pour celles que nous avons pu revoir à leur sortie ou plus tard sont les suivants :

11 opérées étaient à leur sortie complètement guéries anatomiquement et fonctionnellement. (Obs. 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41.) Il n'a pas été possible de les retrouver.

34 ont été revues par moi de 3 mois à 5 ½ ans après leur opération.

Chez 2 il y a eu récidive ; l'utérus est nettement en rétroversion chez la malade de l'obs. 2, elle a accouché il y a 2 ans ; elle ne souffre pas malgré sa rétrodéviation et c'est pour une céphalée syphilitique qu'elle est rentrée dans notre service ; chez la malade de l'obs. 11, l'utérus n'est pas en rétroversion, mais on sent parfaitement qu'il n'est pour ainsi dire pas fixé à la paroi. Elle souffre un peu quand elle se fatigue, mais est considérablement améliorée.

2 opérées malgré une fixation complète et exacte ne sont pas soulagées (obs. 14 et 45). L'une est une névropathe avérée, l'autre a subi cette luxation traumatique favorisée par la présence d'un fibrome sous-péritonéal ; elle n'avait aucune lésion des annexes et n'en a encore aucune.

30 opérées sont et restent complètement guéries anatomiquement et fonctionnellement :

1 depuis 5 ½ ans.
1 depuis 4 ans.
4 depuis 3 ans.
13 depuis 18 mois à 2 ans.
5 depuis 1 an.
6 depuis 3 à 6 mois.

Chez trois de nos opérées guéries il y a cependant à faire remarquer que l'une (obs. 15) a presque constamment la sensation de corps étranger dans le rectum, sans que nous puissions constater autre chose qu'une légère proéminence du col vers le sacrum, l'autre a encore un peu de chute de l'utérus (obs. 13) alors que cette dernière était considérable avant l'intervention ; il est certain que le

prolapsus a été chez elle considérablement amélioré, si bien qu'il nous paraît inutile de faire une colpopérinéorraphie ; la troisième enfin a actuellement des pertes qui nous font penser de plus en plus au diagnostic de fibrome du fond de l'utérus (obs. 28).

Nous n'avons observé chez nos opérées revues guéries que deux éventrations, l'une suite probable d'un abcès (observ. 11), l'autre sans abcès (observ. 6).

5 ont eu des grossesses, 3 ont accouché à terme (observ. 2, 3, 7, 24, 26).

Chez l'une (observ. 24) la grossesse n'a pas continué ; elle a fait une fausse-couche à 2 mois environ.

Chez une autre elle n'a été observée qu'au début et nous n'avons pu la revoir.

Des trois accouchées à terme (observ. 2, 3, 7) 2 ont eu d'excellentes grossesses, sans tiraillements. La troisième a souffert pendant les premiers mois, puis tout s'est calmé.

L'accouchement a été facile chez deux, laborieux chez la troisième. Il n'y a eu aucune suite de couches.

En somme nous ne pouvons qu'être satisfaits des résultats que nous avons obtenus.

Nous terminerons cet exposé par le résumé d'une observation (observ. 9) qui nous a paru intéressante à plusieurs titres.

Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, atteinte de métrite avec rétroversion mobile. Nous proposâmes le redressement sous chloroforme après curettage, les annexes nous paraissant saines. La malade fut endormie après dilatation par les tiges de laminaire pendant 48 heures, et curettée. Nous introduisîmes une bougie d'Hégar et nous redressions lentement l'utérus, quand tout d'un coup la bougie perfora le fond de la matrice et nous pûmes la sentir sous la paroi abdominale. La malade quoiqu'ayant une rétroversion réductible et maintenable nous parût justiciable de la laparotomie qui nous permettrait et la réparation de la plaie utérine et la fixation de la matrice.

Celle-ci fut pratiquée immédiatement. La plaie utérine fut suturée. Mais quel ne fut pas notre étonnement en nous rendant compte de l'état des annexes de trouver à droite une trompe volumineuse rompue en son milieu, ayant laissé échapper un caillot gros comme un œuf dans le cul-de-sac de Douglas. La malade avait été réglée comme d'habitude et n'avait présenté à quelque temps de là qu'un léger malaise facile à mettre sur le compte de la métrite et de la rétroversion.

Le péritoine fut nettoyé, la trompe malade avec l'ovaire fut enlevée et nous réséquâmes à gauche un kyste de l'ovaire gros comme une noisette pour suturer ensuite la glande. L'opérée a parfaitement guéri.

Nous sommes persuadé que la facile perforation de l'utérus a été due dans ce cas à la pression de la tige du laminaire contre le fond de la matrice, arc-boutée qu'elle était, comme je l'ai montré à mes élèves, contre la lèvre extérieure de l'orifice utérin dans lequel elle avait pénétré dans sa totalité.

La laparotomie qui peut très bien être évitée dans les cas de perforation de l'utérus curetté et aseptique m'a permis de découvrir et de traiter une lésion qui avait passé complètement inapercue et qui aurait pu être le point de départ de nouveaux ennuis pour ma malade.

TABLEAU DES OBSERVATIONS D'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE

pratiquées depuis 1891. — Dr Ed. SCHWARTZ

Numéros d'ordre	AGES	Célibat. ou mariées	NULLI-PARES	UNI-PARES	MULTI-PARES	RÉTROVERSION PURE	RÉTRO-VERSION FLEXION	RÉTRO-FLEXION PURE	TRAITEMENT ANTÉRIEUR	ÉTAT DES ANNEXES	OPÉRATION	RÉSULTATS OPÉRATOIRES	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS ET THÉRAPEUTIQUES
1	26	célibat.	Nulli-pare.			Retroversion.				Saines.	Hystéropexie abdominale. 2 sutures à la soie. 1891	Guérison.	Revue le 5 juillet 1896. Résultat excellent, utérus bien fixé. Cicatrice parfaite. Plus aucun trouble abdomin. et pelvien.
2	26	mariée		Uni-pare.			Avec adhérences		De la métrite.	Lésions des annexes dr.	Hystéropexie abdominale. 2 fils de soie. Castration droite. 3 février 1892.	Guérison.	Revue juillet 1896. A accouché il y a 2 ans. Ne souffre plus, mais on constate que l'utérus s'est détaché de la paroi. *(Récidive.)*
3	21	mariée			1 enfant 1 fausse couche.				Curettage, redressement Pessaire de Meinière aucun résultat	Saines.	Hystéropexie abdominale. 2 points soie. 26 avril 1892.	Guérison.	Revue juillet 1896. Accouchement en 1893. Résultat maintenu et très bon. (A souffert pendant sa grossesse.)
4	34	mariée			1 fausse couche 2 grossesses.	Mobile avec prolapsus.			De la métrite. Injections intrautérines.	Lésion des 2 côtés (ovaires polykystiques)	Hystéropexie abdominale. (Routier). 3 fils de soie. Ignipuncture des ovaires. 20 mars 1893.	Guérison.	Revue juillet 1896. Excellent résultat. Utérus bien fixé. Cicatrice parfaite. Plus aucune douleur.
5	38	mariée			5 enfants.		Avec prolapsus adhérences			Lésions des annexes gau. ovaires polykystiques et séléreux)	Hystéropexie abdominale. 3 fils de soie. Ignipuncture de l'ovaire gauche. 21 mars 1893.	Guérison.	Revue juillet 1896. Excellent résultat. Plus aucune douleur.
6	26	mariée		Uni-pare.		Rétroversion pure paraissant bien réductible et maintenable			Curettage réduction et Pessaire de Meinière.	Saines.	Hystéropexie abdominale. Adhérences très nombr. mais très lâches. 2 fils de soie. 2 mars 1893.	Guérison.	Revue janvier 1896. Excellent résultat. Utérus bien fixé. Mais *éventration légère.*
7	28	mariée			2 enfants.			Avec adhérences.	Essais de redressement très doulour.	Lésions des annexes dr. (salpingit paranchymateuse et ovarite).	Hystéropexie abdominale. 3 fils de soie. Castration droite. 13 juin 1893.	Guéris. après accidents d'occlusion intest. le 24e jour. Coudure de l'intestin grêle adhér. au pédicule droit. Op. Rochard.	Revue juillet 1896. A accouché d'un enfant à terme il y a 10 mois, très bonne grossesse, l'utérus est resté bien fixé.

8	35	mariée			3 enfants.			Avec prolapsus considérable.	Curettage, Colpopérinéoraphie.	Lésions des annexes dr. ovaire scléro-kyst. salpingit paranchymat.	Hystéropexie abdominale. 3 fils de soie. Castration droite. Avril 1894.	Guérison.	Revue juillet 1896. Ne souffre plus. Utérus bien fixé. Le périnée a bien tenu.
9	23	mariée			2 enfants.	Sans adhérences, très mobile.			Curettage après dilatation à la laminaire. Redressement facile, on perfore l'utérus avec la bougie d'Hegar, on passe à la laparotomie.	?	Hystéropexie abdominale Séance tenante après avoir suturé la perforation. 4 fils soie. On trouve une grossesse tubaire à droite qu'on extirpe. On résèque à gauche un kyste de l'ovaire et on fait la suture ensuite du tissu qui reste. Mars 1894.	Guérison.	Revue juillet 1896. Parfaitement guérie, l'utérus reste fixé, ne souffre pas pas. Cicatrice parfaite.
10	46	mariée		Unipare.		Rétroversion mobile et assez facilement réductible.			Dilatation, curettage, redressement et pessaire de Hodge.	Lésions des annexes droites.	Hystéropexie. 3 points soie. Castration droite. 6 Mai 1894.	Guérison.	Revue parfaitement guérie. Utérus bien fixé. Cicatrice parfaite, fermière travaillant de 4 h. du matin à 10 h. du soir sans grande fatigue.
11	27	mariée		fausse couche suiv. de pelvipéritonite grave		Assez mobile et paraissant se réduire.			Dilatation, curettage, redressement et pessaire de Hodge.	Lésions des annexes droites.	Hystéropexie abdominale. 3 points soie. Castration droite. Juin 1894.	Guérison. Un petit abcès de la paroi (fils).	Revue juillet 1896. Utérus en bonne situation mais peu fixé. Souffre encore de temps en temps à dr. Éventration inférieure très petite.
12	35	mariée			2 enfants.	Avec adhérences.				Lésions graves des annexes gauches (volumineuses).	Hystéropexie. 3 points soie. Ablation des annexes gauches. 12 juin 1894.	Guérison, furoncle de la paroi. Abcès de la ligne de suture.	Revue 1er juillet 1896. Excellent résultat. Cicatrice parfaite. Un peu de prolapsus utérin. Souffre quelquefois des reins.
13	29	célibat.			5 enfants Déchirure du périnée.	Rétroversion (utérus flott.) avec fort prolapsus.			Curettage et drainage de l'utérus.	Saines.	Hystéropexie abdominale. 3 fils de soie. 28 juin 1894.	Guérison. Un petit abcès dû à un fil.	Revue 13 juillet 1896. Excellent résultat et pour l'utérus flottant et pour le prolapsus. La chute du vagin a disparu ; c'est à peine si les 2 parois bombent quand elle pousse.
14	34	mariée	Nullipare.			Rétroversion mobile (luxation traumatique de l'utérus.)			Port d'un pessaire de Hodge.	?	Hystérop. abd. 3 sutures soie. Ignipuncture de l'ovaire g. Ablation d'un fibrome sous-péritonéal pédiculé de la corne utér. dr. qui a peut-être contribué à la bascule de la matrice. 21 juin 1894.	Guérison.	Revue juillet 1896. Malgré la bonne fixation de l'utérus la malade souffre toujours.

Numéros d'ordre	AGES	Célibat. ou mariées	NULLI-PARES	UNI-PARES	MULTI-PARES	RÉTROVERSION PURE	RÉTRO-VERSION FLEXION	RÉTRO-FLEXION PURE	TRAITEMENT ANTÉRIEUR	ÉTAT DES ANNEXES	OPÉRATION	RÉSULTATS OPÉRATOIRES	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS ET THÉRAPEUTIQUES
15	28	?		Unipare.		Rétroversion av. adhérences très solides, irréductible.				Lésions des annexes droites.	Hystéropexie abdominale. 3 fils de soie. Castration droite, trompe énorme en masse et oblitérée.	Guérison.	Revue juillet 1896. Excellent résultat. Se plaint toutefois d'une sensation de corps étranger dans le rectum quand elle veut aller à la selle (exagération de l'antéversion ?).
16	31	mariée			2 enfants.	Rétroversion mobile mais difficile à maintenir, adhér. ?			Port d'un pessaire.	Saines.	Hystéropexie abdominale. 4 fils de soie. 25 octobre 1894.	Guérison. Un petit abcès dû à un fil.	Revue en juillet 1896. Excellent état.
17	33	mariée		Unipa. goître exophtalmique		Avec adhérences.				Annexes droites. malades.	Hystéropexie abdominale. 4 fils de soie. Adhérences de l'epiploon au fond de l'utérus. Ignipuncture de l'ovaire droit. 15 novembre 1894.	Guérison.	Revue en juillet 1896. Excellent résultat. Ne souffre pas. Cicatrice parfaite.
18	32	mariée		Unipa. déchirure du périnée				Avec prolapsus réductible mais ne se maintenant pas.		Saines.	Hystéropexie abdominale. 3 fils soie. Dilatation de l'anus p^r hémorrhoïdes saignantes et douloureuses. 20 nov. 1894.	Guérison.	Revue en juillet 1896. Excellent état.
19	20	célibat.		Unipa. Péritonite grave			Avec adh. très solides dans le Douglas.			Annexes droites. malades.	Hystéropexie abdominale. 4 fils de soie. Résection d'un kyste de l'ovaire droit, puis suture de l'ovaire. 27 décembre 1894.	Guérison.	Revue en juillet 1896. Excellent résultat.
20	34	?			5 enfants.			Avec adhérences très fortes.		Lésions bilatérales. Pelvi-péritonite chr.	Hystéropexie abdominale. 3 fils de soie. Castration bilatérale. 4 déc. 1891.	Guérison. Abcès de la paroi (fils).	Revue guérie juillet 1893 en très bon état.
21	35	célibat.		Unipare.			Avec adhérences non réductibles			Saines.	Hystéropexie abdominale. 3 fils de soie. 12 mars 1895.	Guérison.	Revue en juillet 1896. Excellent résultat local. Cicatrice parfaite.
22	32	mariée			2 enfants, péritonite grave.	Adhérences postérieures.			Traitée pour de la métrite du col par des scarifications, etc.	Lésions des annexes. ?	Hystéropexie abdominale. 3 soies. Ignipuncture des 2 ovaires. 8 mai 1895.	Guérison.	Revue en juillet 1896. Excellent état. Cicatrice parfaite.
23	22	célibat.	Nullipare.			Rétroversion peu mobile.				Lésions sérieuses des annexes gauches.	Hystéropexie abdominale. 4 fils de soie. Castration gauche. 1er août 1895.	Guérison.	Revue juillet 1896. Souffre encore au moment de ses époques. Utérus bien fixé. Cicatrice parfaite.

24	26	mariée			2 enfants, phlébite grave.			Rétro-flexion.	Traitée pour métrite.	Saines.	Hystéropexie abdominale. 4 fils de soie. 15 octobre 1895.	Guérison.	Revue juillet 1896. A fait une fausse couche de 2 mois en déc. 1895. Excellent état local et général.
25	34	mariée			2 enfants.	Rétroversion très adhérente.			Curettage après dilatation.	Saines.	Hystéropexie abd. 3 fils. Adhérences très fortes dans le cul-de-sac de Douglas suture mésodermique. Novembre 1895.	Guérison.	Revue guérie juillet 1896. Excellent état local. Cicatrice parfaite. Rentre pour de la vaginite et métrite du col.
26	24	célibat.			1 fausse couche, 3 enfants.			Rétro-flexion paraissant réductible.	Pess. Meinière opération d'Alexander insuccès.	Saines.	Hystéropexie abdominale. 4 catguts. 15 janv. 1895.	Guérison.	Revue février 1895. Excellent résultat. Début de grossesse.
27	28	mariée		1 fausse couche				Rétroflex. réduc. diff. à maintenir.		Saines.	Hystéropexie. 3 fils soie. 9 avril 1895.	Guérison.	Revue le 10 mars 1896. Un très bon résultat.
28	28	célibat.	Nulli-pare.			Rétroversion avec prolapsus, cavité utérine agrandie (fibrome).				Saines.	Hystéropexie abdominale. 3 fils soie. On ne trouve pas de fibrome bien net. (Utérus hypertrophié.) 16 juillet 1894.	Guérison.	Revue en mai 1895. Utérus très fixé. Pertes. Corps fibreux ?
29	29	célibat.		Uni-pare.		Rétroversion réductible ne tient pas.			Curettage et drainage utérin.	Saines.	Hystéropexie abdominale. 3 soies. 30 juin 1893.	Guérison. Abcès dû à un fil de soie.	Revue guérie et en bon état. Novembre 1893.
30	26	mariée			3 enfants.	Rétroversion difficile à maintenir.				Saines.	Hystéropexie abdominale. 4 fils. Suture intradermique. 22 novem. 1894.	Guérison.	Revue en janvier 1895. Très bien guérie.
31	23	mariée			2 enfants. Pelvi-péritonite.			Ad-hérences.		Lésions bilatérales.	Hystéropexie abdominale. 2 soies. Double castration. 10 mai 1892.	Guérison.	Sans nouvelles depuis sa sortie. Excellent état à la sortie.
32	26	célibat.	Nulli-pare.			Rétroversion.			Curettage, pessaire de Hodge-Meinière.	Saines.	Hystéropexie abdominale. 2 soies. 4 février 1892.	Guérison.	Sort avec un pessaire. Bon résultat. Pas revue.
33	23	célibat.	Nulli-pare.				Rétro-verso-flexion.			Lésions des annexes droites.	Hystéropexie abdominale. Surjet catgut. Castration droite. 18 juillet 1893.	Guéris. après une pneumonie en 8 jours.	Sort guérie. Non revue.
34	38	mariée			4 enfants péritonite.			Rétro-flexion adhérente.		Lésions des annexes gauches.	Hystéropexie abd. 3 soies. Adhérences (Douglas). Castr. g. 1er mai 1893.	Guérison.	Sort guérie. Non revue.
35	25	célibat.	Nulli-pare.			Rétroversion réductible et facile à maintenir.				Saines.	Opération d'Alexander. Ligaments ronds nuls. Hystéropexie immédiate. 3 soies. 15 avril 1894.	Guérison.	Sort guérie. Non revue.

Numéros d'ordre	AGES	Célibat. ou mariées	NULLI-PARES	UNI-PARES	MULTI-PARES	RÉTROVERSION PURE	RÉTRO-VERSION FLEXION	RÉTRO-FLEXION PURE	TRAITEMENT ANTÉRIEUR	ÉTAT DES ANNEXES	OPÉRATION	RÉSULTATS OPÉRATOIRES	RÉSULTATS ÉLOIGNÉS ET THÉRAPEUTIQUES
36	30	mariée			3 enfants.		Rétroversion avec flexion.		Curettage pour métrite.	Douteuses à droite.	Hystéropexie abd. 4 soies. On laisse les annexes droites un peu atteintes. 18 octobre 1894.	Guérison après un petit abcès (fil).	6 sem. apr. laparato., ablation de la trompe g. enflamm. prolabée et adhér. dans le cul-de-sac de Douglas, très doulour. Sort guérie. Non revue.
37	37	mariée			4 enfants.	Rétroversion adhérente.				Annexes saines.	Hystéropexie abd. 4 soies. 15 novembre 1894.	Guérison.	Sort guérie. Utérus fixé. Plus aucune douleur. Non revue.
38	33	mariée		Unipare.		Rétroversion réductible.			Op. d'Alexan. le 20 nov. 1894 lig. droit très faible. Insuccès	Saines.	Hystéropexie abd. 3 soies. 15 janvier 1895.	Guérison.	Sort guérie. Non revue.
39	20	célibat.		1 enfant à 16 ans.		Rétroversion mobile.			Curettage Pess. de Mein. après réduction.	Saines.	Hystéropexie. 4 fils soie. Adhérences malgré la réductibilité. 31 mai 1895.	Guérison.	Sort guérie. Non revue.
40	34	célibat. crises hystéro-épilept.		Unipare.		Rétroversion.			Traitée pour une métrite.	Saines.	Hystéropexie abd. 4 soies. 27 juillet 1895.	Guéris. après un abcès de la paroi (fils).	Sort guérie le 18 août 1895. Non revue.
41	23	mariée			3 enfants.	Rétroversion adhérente.				Saines ?	Hystéropexie abd. 3 soies. Mai 1895.	Guérison.	Sort guérie. Pas de nouvelles. Non revue.
42	34	mariée			3 enfants.	Rétroversion.				Malades à droite.	Hystéropexie. 4 catguts. Castration droite à cause de l'hémorrhagie produite par l'ignipuncture. 10 décembre 1895.	Guérison.	Sort, utérus bien fixé le 3 janvier 1896. Signes de tuberculose pulmonaire. Pas de nouvelles. Non revue.
43	43	mariée			2 fausses couches 3 enfants.	Rétroversion légèrement adhérente.			Redressement pénible, mais ne se maintient pas.	Malades à droite.	Hystérop. abd. 4 soies. Adhérences en nappe dans le Douglas. Castration droite. 13 mai 1896.	Guérison.	Sort guérie. Revue juillet 1896 en parfait état.
44	20	célibat.				Rétroversion assez mobile.			Redressement et pessaire.	Malades à droite.	Hystéropexie abd. 4 soies. Castration droite (trompe enlevée seule). 12 mai 1896.	Guérison.	Sort guérie. Revue juillet 1896 en parfait état.
45	28	mariée très névropathe.		1 enfant			Adhérente pelvipéritonite.			Douteuses.	Hystéropexie abdominale. 4 fils de soie. 17 mars 1896.	Guérison.	Revue juillet 1896. Pas de soulagement quoique l'utérus soit élevé et bien fixé. Aucun résultat.
46	24	célibat. tuberculose.		1 enfant				Rétroflexion très prononcée.		Lésions à droite.	Hystéropexie abdominale. 2 fils de soie. Novembre 1891.	Guérison de son opération.	Est enlevée p. une tuberculose galopante le 14e jour. La plaie guérie sanpure. A l'*autopsie* l'utérus n'est maint. que par les fils. Pas d'adhérences.

M. **Sabino Coelho** (Lisbonne). — Je ne fais pas d'opération pour les rétrodéviations aux femmes qui n'en souffrent pas. Je n'en fais pas non plus à toutes celles qui souffrent, parce que le mal dérive quelquefois de la périmétrite et de l'oophoro-salpingite concomitantes, qu'on peut traiter par la douceur et l'on peut ainsi guérir les malades malgré la mauvaise position de l'utérus. Notre premier effort doit être d'éviter l'opération, et je ne l'admets qu'après l'inefficacité des moyens doux contre les lésions extra-utérines. Si ces lésions ne cèdent pas, l'opération est alors indiquée. Cependant je n'opère qu'après avoir appliqué quelque temps un pessaire et n'avoir pas obtenu de résultat.

J'ai essayé l'hystéropexie abdominale en 1890. L'opérée m'a consulté en 1894 par un myome de l'utérus et j'ai dû faire le morcellement par la voie vaginale. Cette opération a été difficile à cause des adhérences résultant de l'hystéropexie, mais la malade a guéri. J'ai fait une hystéropexie en 1891, une autre en 1892 et la dernière en 1894. Ces trois malades ont guéri de leur rétroflexion et leur cicatrice est aujourd'hui aussi solide que celle de la première avant le morcellement.

Après avoir assisté aux opérations de M. le Prof. Martin à Berlin en 1895, j'ai décidé de faire la vagino-fixation par la colpotomie antérieure ; elle a sur l'hystéropexie abdominale les avantages de ne pas laisser de cicatrice sur le ventre, d'être d'une innocuité remarquable, et de donner à l'utérus une position plus rapprochée de la position normale. J'observe toujours les indications précises que je viens de poser, mais les hésitations chirurgicales qui m'embarrassaient autrefois ont cessé en étudiant la pratique de Martin.

Depuis le mois d'octobre dernier j'ai fait la vagino-fixation une fois pour la rétroversion, deux fois pour la rétroflexion mobile seule, deux fois pour la rétroflexion mobile compliquée de prolapsus, huit fois pour la même lésion accompagnée de périmétrite et trois fois pour cette fausse position compliquée de périmétrite et de prolapsus vaginal.

J'ai donc opéré par la vagino-fixation quinze malades de rétroflexion et une de rétroversion d'après le procédé du professeur de Berlin.

La malade, atteinte de rétroversion, âgée de 30 ans, avait un myome interstitiel que j'ai enlevé par incision cunéiforme. Il était gros comme une amande. Après son extraction j'ai fait la suture en étages comme dans tous les cas pareils, c'est-à-dire la suture muqueuse, la musculaire et la péritonéale.

Dans les cas de rétroflexion compliquée de prolapsus, j'ai marqué les limites de la colporraphie antérieure avec le bistouri avant de faire la colpotomie. Pour terminer l'opération j'ai excisé les lambeaux, j'ai rapproché les nouveaux bords par la suture de la vagino-fixation. J'ai fait la colporraphie postérieure en dernier lieu.

Une des deux malades de rétroflexion mobile accompagnée de prolapsus du vagin avait un myome interstitiel plus gros qu'une amande et j'ai dû l'extirper.

Chez trois des malades dont la rétroflexion était compliquée de périmétrite, il a fallu suturer des déchirures de la face postérieure de l'utérus provenant de la destruction des adhérences. A l'une de ces malades il est survenu un accident. Il m'a été difficile de détruire les adhérences du fond et de la face postérieure de l'utérus au cul-de-sac de Douglas. J'ai dû faire la suture de quatre blessures provenant de cette libération difficile, mais la partie inférieure de la dernière était si profonde, qu'il m'a été impossible de suivre des yeux la fin de son occlusion. Avant la vagino-fixation j'ai épongé le cul-de-sac de Douglas. Il ne restait point de sang. Le jour suivant l'opérée a été prise de douleurs dans le ventre et le troisième jour je n'ai pas hésité sur le diagnostic d'hématocèle. J'ai ouvert le cul-de-sac postérieur du vagin. J'en ai laissé écouler le sang et j'y ai mis un tampon compressif. Malgré la guérison, cette observation prouve qu'il faut agir avec beaucoup de prudence dans la destruction d'adhérences qu'on ne peut voir. Je m'arrêterai dorénavant à l'endroit où les yeux ne peuvent plus suivre les doigts. Il est dangereux d'opérer au delà. Une très petite blessure a donné plus tard une hémorrhagie grave. Tel est le fait qui tracera mon plan de conduite à l'avenir.

Dans trois cas de périmétrite j'ai trouvé la vessie très-adhérente à l'utérus; mais je ne l'ai pas blessée, grâce au cathéter maintenu dedans pendant l'opération.

Chez les autres malades atteintes de périmétrite, la vagino-fixation a eu lieu sans épisode remarquable. Les malades atteintes de prolapsus ont été aussi opérées par la colporraphie.

Parmi les neuf cas de rétroflexion compliquée de périmétrite, j'en ai rencontré cinq où j'ai dû faire la ponction de kystes de l'ovaire et de la trompe et deux où j'ai fait l'ablation de myomes.

Toutes les seize opérées de rétrodéviation ont guéri sans suppuration, sans fièvre, sans blessure de la vessie ni des urètères. Le seul accident a été l'hémorrhagie résultant de la destruction d'adhérences. J'ai revu quatorze de mes malades. La position de l'utérus se main-

tient et elles ne souffrent pas. Deux sont devenues enceintes. L'une l'est de deux mois et l'autre de sept. Jusqu'à présent elles se portent bien.

Pour conclure, je me crois autorisé à défendre la valeur de la vagino-fixation dans les rétrodéviations qui font souffrir par elles-mêmes et qui ne cèdent pas à l'emploi du pessaire.

M. le Dr **Bouilly** (de Paris). — Je ne veux pas faire de communication ; j'ai exposé mes idées à ce sujet au Congrès de gynécologie de Bordeaux (1895) et dans le 1er numéro du Journal « *La Gynécologie.* »

Malgré les assertions autorisées qui ont tout à l'heure été émises et d'après lesquelles les lésions surajoutées jouent le principal rôle dans la symptomatologie des rétrodéviations, je crois qu'il y a lieu de tenir compte de la mauvaise attitude en elle-même et que cette mauvaise attitude doit être corrigée. En dehors des cas compliqués d'insuffisance du plancher périnéal, de déchirure du col, de métrite, qui nécessitent une thérapeutique spéciale, quelquefois suffisante pour faire disparaître tous les symptômes, je reste partisan convaincu du traitement mécanique, orthopédique pour les rétrodéviations mobiles. Si les résultats sont souvent médiocres, c'est, je crois, l'insuffisance des moyens de contention qu'on doit accuser. J'emploie et je recommande un pessaire de Hodge modifié, qui ne porte pas de nom d'auteur et qui est un excellent instrument. Tandis que le pessaire de Hodge est à peine relevé et est presque plat, celui que je présente a pour caractéristique un dossier postérieur très élevé, à branches écartées en arrière et capable par cette disposition d'exercer une traction permanente sur les parois vaginales. On doit employer le plus souvent les nos 5 et 6 et exceptionnellement 7 et 8.

J'ai insisté dans mes autres communications sur les détails de technique de la réduction de l'utérus, de l'application de l'instrument, sur les soins consécutifs et sur les résultats thérapeutiques ; je ne crois pas devoir y revenir ici.

M. le Dr **E. Kummer** (Genève). — La division en rétrodéviations mobiles et rétrodéviations fixes adoptée dans son rapport par M. S. Pozzi touche au point essentiel pour le traitement des déviations utérines en arrière, et mérite d'être conservée. Dans son exposé magistral ce chirurgien a fait ressortir nettement l'importance des qualités qui

distinguent chacune de ces deux catégories de déviations, et les principes qu'il établit pour le traitement des rétrodéviations fixes ont notre entier assentiment.

Dans les pages suivantes nous nous permettons d'apporter une contribution à l'étude des rétrodéviations mobiles.

Dans son remarquable travail, M. Pozzi a relevé l'analogie qui existe entre cette affection et le processus morbide que nous désignons sous le nom d'entéroptose; comme celle-ci, la rétrodéviation mobile est souvent associée au tableau clinique de la neurasthénie, elle provient alors d'un relâchement et d'une distension des divers ligaments suspenseurs des organes abdominaux : aussi pour M. Pozzi la rétrodéviation utérine, n'est-elle qu'une entéroptose pelvienne, qui ne constitue aucunement une entité clinique. D'après lui la dénomination de rétrodéviation mobile n'a qu'un intérêt historique, et le nom de *mobilité excessive* conviendrait bien mieux à cet état pathologique.

Une fixation de cette matrice mobile à l'excès n'aurait que peu de valeur, l'entéroptose n'étant habituellement pas réservée à la seule matrice, laquelle d'ailleurs grâce au tiraillement continuel au niveau du point de fixation finirait par se libérer de nouveau, et par reprendre son siège au fond du Douglas; causant ainsi les récidives soi-disant si constantes après des opérations comme celles d'Alexander.

Ici nous demandons la permission d'exposer les faits qui nous paraissent militer en faveur d'une autre opinion que celle avancée par notre éminent rapporteur.

La rétrodéviation utérine mobile, loin d'être régulièrement assimilée à l'entéroptose des neurasthéniques, constitue très fréquemment un anneau dans la chaîne des symptômes du prolapsus utérin.

Sur les 21 observations exposées dans notre tableau et auxquelles nous avons appliqué l'opération d'Alexander, nous avons eu à faire deux fois seulement à une entéroptose pelvienne dans le sens de M. Pozzi, dans tous les autres cas la rétrodéviation a été associée à des symptômes plus ou moins prononcés de prolapsus ou de descente de la matrice.

En recherchant dans nos observations la cause de la rétrodéviation, nous sommes obligés d'admettre dans tous ces cas à l'exception des deux sus-mentionnés non pas un relâchement primitif des ligaments suspenseurs, mais un effondrement plus ou moins complet du plancher pelvien : déchirure du périnée, prolapsus vaginal avec ou sans rectocèle et cystocèle, descente de la matrice jusqu'au niveau de la

vulve, prolapsus de la matrice plus ou moins complet. Dans ces cas la rétrodéviation utérine n'a point d'analogie avec l'entéroptose des neurasthéniques, mais elle est la conséquence indirecte d'une lésion traumatique de la base de sustentation de la matrice. La matrice tombe en arrière parce que le col n'a plus de point d'appui ; que ce phénomène soit favorisé par un degré plus ou moins avancé de subinvolution utérine, qui pourrait en douter? aussi dans nos observations avons-nous fréquemment relevé le fait que les souffrances dépendantes de la rétroflexion étaient en relation directe avec un accouchement, surtout avec une couche anormale ou avec une fausse couche.

D'après notre expérience, restreinte il est vrai, nous considérons une grande partie des rétrodéviations, particulièrement des rétroflexions mobiles comme la suite indirecte de l'effondrement traumatique du plancher pelvien et favorisé par une subinvolution de l'utérus puerpéral.

Nous croyons à l'existence de l'entéroptose pelvienne, mais nous estimons qu'elle ne joue pas un rôle aussi prépondérant que M. Pozzi l'indique dans son rapport.

Nous avons observé en outre des cas de rétrodéviation, particulièrement de rétroflexion mobile d'une troisième catégorie, et pour l'étiologie de laquelle nous croyons devoir incriminer le fait d'une conformation congénitale.

Quant à la valeur nosologique de la rétrodéviation mobile, notre rapporteur a insisté sur les phénomènes de compression des organes voisins (rectum, vessie); nous ajouterons au tableau morbide les troubles de circulation, survenant le plus fréquemment au niveau de la matrice ou bien dans ses annexes, troubles qui déterminent souvent des symptômes de métrite et d'endométrite ou d'annexite. Nous n'oublions pas non plus les phénomènes de rétrécissement par coudure du canal cervical dans les cas de forte rétroflexion, rétrécissement qui amène à sa suite des symptômes de dysménorrhée, et pas très rarement la stérilité; nous disposons nous-même d'un cas de stérilité prolongée chez une femme qui est devenue enceinte très peu de temps après l'opération d'Alexander, et très probablement grâce à cette intervention.

L'emploi du pessaire, exclusivement recommandé par M. Pozzi pour le traitement de la rétrodéviation mobile rendra souvent le service qu'on lui demande : on le conservera alors s'il ne répugne pas à la malade. C'est un instrument qui n'est jamais agréable, un

corps étranger qui amène souvent de l'inflammation, quelquefois des douleurs insupportables. Bien souvent son effet n'est que passager : étant destiné à élargir le cul-de-sac vaginal postérieur, il le dilate et ne tient plus en place à moins d'être fréquemment remplacé par un numéro plus grand. Même en tenant bien et en ne produisant pas de douleurs, le pessaire est souvent incapable de redresser la matrice, la malade continue alors à souffrir.

Dans les cas fréquents où la rétroflexion utérine mobile constitue une affection pathologique pénible, et où le pessaire ne soulage pas ou répugne à la malade, s'ouvre, à notre avis, le champ du traitement opératoire.

Nous donnons ici nos observations concernant l'opération d'Alexander. Nous l'avons exécutée chez 22 femmes. 17 fois pour rétroflexion plus ou moins mobile, 5 fois pour prolapsus combiné ou non de rétroflexion. Toutes nos malades ont guéri par première intention à l'exception d'une seule qui conserve probablement encore une fistule, c'est un cas particulier sur lequel nous reviendrons. Des 17 opérées pour rétroflexion 15 sont restées guéries jusqu'à ce jour, le temps d'observation varie de 8 ans à 4 mois, le temps moyen d'observation est de *2-6 ans*. Nous revoyons de temps en temps l'opérée restée guérie depuis 8 ans, elle est parfaitement bien portante, et ne ressent plus aucune des douleurs abdominales dont elle était tourmentée autrefois. Nous avons en outre des malades guéries de leur rétroflexion depuis 5 ans; 4 ans 4 mois; 4 ans; 3 $^1/_2$ ans; 3 ans; 2 $^1/_2$ ans; 2 ans, etc...

La seule personne qui présente actuellement une récidive (N° 7) avait été atteinte d'une périmétrite au moment de l'opération. L'opération d'Alexander n'était pas le procédé opératoire qui lui convenait.

Deux malades, quoique guéries de la rétroflexion, continuent à souffrir (n° 6 et n° 12). Toutes les deux rentrent dans la catégorie des ptoses pelviennes de M. Pozzi.

Les autres malades, soit 13 cas de rétroflexion mobile, mais douloureuse, sont actuellement guéries et de la déviation et de leurs souffrances. Chez 11 de ces 13 cas la guérison dure depuis plus d'une année, et peut, probablement, être considérée comme définitive.

Ainsi qu'il a été dit, une femme mariée sans enfant depuis 3 ans est devenue enceinte peu de temps après l'opération d'Alexander, et a accouché normalement. La matrice s'est conservée en bonne place après la couche.

Ces observations viennent à l'appui d'autres qui tendent à démontrer que, dans les cas de rétroflexion mobile, l'opération d'Alexander amène dans la très grande majorité des cas la guérison du désordre local.

Quant à la technique opératoire, nous avons déjà insisté autre part *(Rev. méd. de la Suisse rom.* 1893 n° d'août et *Centralbl. für Gynecologie* 1895 n° 14) sur le fait que l'incision du canal inguinal facilite beaucoup la recherche du ligament, sa préparation, et sa suture. D'après des expériences cadavériques que nous avons instituées et sur lesquelles nous ne reviendrons pas ici, nous avons montré par des chiffres que la traction des ligaments ronds en haut a pour effet principal de relever la matrice, tandis que la traction des ligaments vers les épines pubiennes garantit le maximum d'antéflexion de la matrice. Nous croyons utile d'amener ce maximum afin que l'antéflexion se maintienne par le poids même de la matrice, et non plus par la tension des ligaments.

Quant à l'opération d'Alexander dans un cas de prolapsus simple de la matrice sans rétrodéviation, nous la considérons comme un complément utile de la plastique vaginale, mais ce sujet n'entrant plus dans le cadre de notre discussion, nous n'insistons pas.

En ne parlant ici que de l'opération d'Alexander pour les rétrodéviations utérines mobiles, nous tenons à laisser la question ouverte au sujet de la préférence qu'il faut oui ou non lui accorder sur les opérations vaginales proposées dans ce but. La discussion de cette question dépasserait le cadre que nous nous sommes tracé pour la présente communication.

Voici le tableau de nos opérations d'Alexander :

TABLEAU DES OPÉRATIONS D'ALEXANDER. — E. KUMMER.

Num.	NOM — AGE	NOMBRE DES COUCHES	PLAINTES	DIAGNOSTIC	OPÉRATION	DURÉE DE L'OBSERVATION	RÉSULTATS	REMARQUES
1	Mme 32 ans.	1	Douleurs abdominales et rénales.	Rétroflexion libre.	Opération d'Alexander. Guérison par prem. int.	8 ans.	Matrice en bonne place.	Rev. m. de la Suisse rom. 1893. Août.
2	Mlle Zb.... 27 ans.	1	Douleurs au ventre et aux reins.	Rétroflexion libre.	Raccourcissement des lig. ronds. Au lieu de les couper, nous les enfilons dans une grosse aiguille et les croisons sous le pont cutané médian, en les suturant au canal inguinal ensemble avec le lig. du côté opposé.	4 ans et 11 m.	Matrice en bonne place.	Ibid.
3	Mme Wie.... 28 ans.	Stérile.	Douleurs abdominales Leucorrhée.	Rétroflexion libre. Métrite chronique.	Incision du canal inguinal. Raccourcissement de chaque lig. rond de 7-8 cm. L'extrémité de chaque ligament au lieu d'être coupée est conduite par dessous le pont cutané médian et suturé sur le lig. de l'autre côté. Guérison par prem. int.	4 ans et 4 mois	Matrice en bonne place. La malade est devenue enceinte après l'opération. A eu une couche normale.	Ibid.
4	Mme Ni.... 39 ans.	4 couches.	Douleurs abdominales rénales, constipation. ténésme vésical, anorrhéxie.	Rétroflexion de la matrice, métrite et pelvi-péritonite chroniques.	Opération d'Alexander, typique. Guérison par prem. int.	4 ans.		Ibid.
5	Mme Fi.... 45 ans.	2 couches 2 fausses couches.	Fortes douleurs aux reins. Un pessaire n'est pas supporté. Leucorrhée.	Rétroflexion mobile, métrite chronique. Prolapsus de la paroi vaginale postérieure. Hémorrhoïdes.	Incision du canal inguinal. Raccourcissement des lig. ronds. Suture canuliculaire. Colpopérinéorhaphie. Thérmo cautérisation des hémorrhoïdes.	3 ans et 6 mois	Position parfaite de la matrice. Disparition des douleurs. Excellent état général.	Ibid.
6	Mme Pel.... 55 ans.	2 couches 2 fausses couches.	Douleurs au ventre et aux reins. Neurasthénie.	Rétroflexion de la matrice. Métrite chronique.	Ouverture du canal inguinal. Hernie vésicale à droite. Suture des ligaments ronds en haut.	3 ans et 1 mois	Les maux de reins ont diminué, mais la malade souffre du rectum après la défécation. La neurasthénie n'a pas diminué.	Ibid.
7	Mlle Lach.... 39 ans.		Douleurs abdominales très vives. Impossibilité de marcher depuis plusieurs mois.	Rétroflexion de la matrice. Infiltration dans la région du lig. recto-uterin droit. En narcose la matrice peut être redressée non sans peine.	Ouverture du canal inguinal. Suture des ligaments en bas. Après l'opération la matrice est en antéflexion, Forte tension des ligaments recto-uterins.	2 ans et 6 mois	Récidive de sa rétroflexion. Après l'opération phénomènes de périmétrite aiguë, avec double phlébite iliaque. Sous l'influence d'un choc psychique la malade se sent actuellement mieux.	Compte rendu du service de chirurgie de l'hôpital Butini 1896. Page 54.

8	Mlle Tri.... 24 ans.	Pas d'enfants, mariée depuis 5 ans.	Douleurs abdominales et rénales. Dysménorrhée. Un pessaire n'est pas bien supporté.	Rétroflexion mobile. Métrite chronique. Ovarite gauche.	Incision du canal inguinal. Raccourcissement des lig. ronds. Suture en bas. Guérison par prem. intent.	2 ans.	Position normale de la matrice. Disparition des douleurs.	
9	Mme Pér.. . 35 ans.	3 enfants 1 fausse couche.	Douleurs abdominales et rénales.	Rétroflexion mobile de la matrice. Métrite chronique.	Incision du canal inguinal. Raccourcissement des lig. ronds et suture en bas. Après l'opération un peu d'œdème passager de la jambe g.	1 an.	Guérison parfaite.	
10	Mme de T.... 30 ans.	4 enfants 3 fausses couches paramétrite gauche après une f. couche.	Douleurs rénales et abdominales surtout à gauche.	Rétroflexion. Métrite chronique et adhérences à gauche.	Mobilisation bi-manuelle. Incision du canal inguinal. Raccourcissement des lig. ronds et suture en bas. Guérison p. p. Plus tard paramétrite gauche et suppuration des deux incisions.	9 mois.	Encore suppuration des deux incisions. Matrice en bonne place.	
11	Mme V.... 39 ans.	7 couches 2 fausses couches.	Douleurs abdominales et rénales.	Rétroflexion mobile. Métrite chronique. Ulcération du col et prolapsus vaginal.	Opérat. de Schröder. Colporrhaphie antérieure et postérieure. Opération d'Alexander. Incision du canal inguinal et suture des ligaments en bas. Guérison p. p.	$4^1/_2$ mois.	Guérison parfaite. La malade actuellement enceinte.	D'après l'indication de la malade la conception a eu lieu immédiatement avant l'opération.
12	Mlle B... . 35 ans.	1 couche.	Douleurs abdominales et rénales. Leucorrhée, Dysménorrhée. Neurasthénie.	Rétroflexion mobile. Métrite chronique.	Opération d'Alexander. Incision du canal inguinal. Suture des lig. en bas.	16 mois.	Guérison locale parfaite. Les douleurs abdominles ont beaucoup diminué. La malade est neurasthénique.	
13	Mme Mar.... 32 ans.	3 couches 2 fausses couches.	Douleurs au ventre, aux reins, aux jambes.	Rétroflexion mobile. Métrite chronique. Prolapsus de la paroi postérieure du vagin. Ulcération du col.	Curettage colpopérinéorrhaphie. Opération d'Alexander. Incision du canal inguinal. Raccourcissement des lig. ronds. Suture en bas. Guérison p. p.	4 mois.	Etat local parfait. Disparition des douleurs.	
14	Mme Sai... 30 ans.	2 couches 1 fausse couche.	Douleurs abdominales Leucorrhée. Dysménorrhée.	Descente de la matrice. Métrite chronique. Rétroflexion mobile. Prolapsus de la paroi postérieure du vagin.	Amputation des lèvres du col. Curettage. Colporrhaphie postérieure. Opération d'Alexander. Incision du canal inguinal. Raccourcissement des ligaments ronds et suture en haut. Guérison p. p.	5 mois.	Etat local parfait. Disparition des douleurs.	
15	Mme We.... 29 ans.	2 enfants.	Douleurs abdominales	Descente de la matrice au niveau de la vulve. Rétroflexion mobile. Ulcération du col. Prolapsus de la paroi postérieure du vagin.	Curettage. Amputation des lèvres du col. Colporrhaphie antérieure. Colpopérinéorhaphie. Opération d'Alexander, avec ouverture du canal inguinal et suture des lig. en bas. Guérison p. p.	4 mois.	Etat local parfait. Disparition des douleurs.	

Num.	NOM — AGE	NOMBRE DES COUCHES	PLAINTES	DIAGNOSTIC	OPÉRATION	DURÉE DE L'OBSERVATION	RÉSULTATS	REMARQUES
16	Mme Ma.... 48 ans.	1 enfant.	Douleurs abdominales et rénales. Leucorrhée. Gêne pour la marche.	Descente de la matrice au niveau de la vulve. Rétroflexion mobile, métrite chronique. Prolapsus de la paroi vaginale postérieure. Déchirure complète du périnée.	Opération d'Alexander avec ouverture du canal inguinal. Suture des lig. en haut. Périnéorrhaphie d'apr. Lawson Tait. guérison p. p.	23 mois.	Etat local parfait. Disparition des douleurs.	La malade a été opérée depuis lors d'un papillome du rectum. Guérison.
17	Mme Reb.... 50 ans.	1 enfant.	Douleurs abdominales Gêne pour la marche.	Prolapsus complet de la matrice.	Opération d'Alexander.	7 ans.	Récidive du prolapsus	Rev. méd. de la S. rom. 1893. Août.
18	Mme Nér....	4 couches normales, la 5me avec version. Déchirure du périnée.	Gêne pour la marche. Dysménorrhée. Constipation.	Prolapsus vaginal. Descente de la matrice au niveau de la vulve. Métrite du col.	Amputation cunéiforme des lèvres du col. Colporraphie antérieure. Colpo-périnéorhaphie. Tentative de l'opération d'Alexander à laquelle on renonce après déchirure d'un lig. rond. Guérison p. p.	4 ans et 6 mois	Guérison.	Ibid.
19	Mme Wür.... 49 ans.	7 enfants 3 fausses couches.	Douleurs abdominales Gêne pour la marche.	Prolapsus complet de la matrice. Métrite chronique.	Amputation du col. Colporraphie antérieure et postérieure. Opération d'Alexander avec suture du lig. en haut.	2 ans et 10 mois	Guérison parfaite.	Le [illegible] de chirurgie à l'hôpital Butini 1890-94. Genève, Kündig. 1896. N° 150.
20	Mme Ferr.... 48 ans.	12 enfants 2 fausses couches.	Douleurs rénales. Gastralgie vertiges.	Prolapsus vaginal. Rectocèle, Cystocèle. Descente de la matrice au niveau de la vulve.	Curettage. Amputation cunéiforme des lèvres du col, colporraphie. Opération d'Alexander, avec suture en haut. Guérison p. p.	2 ans et 6 mois	Guérison parfaite.	
21	Mme Mart.. . 43 ans.	3 couches 5 fausses couches.	Douleurs abdominales Gêne à la marche	Prolapsus complet de la matrice. Ulcération du col. Métrite chronique. Cystocèle, rectocèle.	Amputation cunéiforme des lèvres du col. Colporrhaphie antérieure. Colpo-périnéorhaphie. Opération d'Alexander avec suture en haut.	3 mois.	Guérison.	Actuellement, une année après l'opération la malade a une hernie inguinale droite.
22	Mlle Wa.. .. 25 ans.	0	Douleurs abdominales et rénales. Leucorrhée.	Rétroflexion de la matrice; métrite chronique.	Opération d'Alexander.	3 mois.	Guérison.	Actuellement, une année après l'opération, la malade se sent parfaitement bien. Matrice en position normale.

M. **Péan** (de Paris). — Lorsque l'on considère la multiplicité des moyens que la chirurgie met actuellement à notre disposition contre les rétrodéviations utérines et que l'on se rappelle le peu de ressources qui s'offraient à nos devanciers il n'y a guère plus de 50 ans, on a tout lieu de se féliciter de cette abondance, bien qu'elle constitue un réel embarras quand il s'agit de prendre un parti. Les progrès incessants de notre art ont accumulé un si grand nombre de méthodes différentes; celles-ci sont patronnées par des noms si autorisés; elles ont donné entre les mains de praticiens habiles de si brillants succès qu'on se demande laquelle il faut choisir. Or, la décision à prendre doit s'inspirer uniquement de l'ensemble des circonstances en face desquelles on se trouve pour le moment et c'est parce que celles-ci sont essentiellement changeantes que la conduite ne peut être toujours la même et qu'elle doit varier comme le mal que l'on est chargé de combattre. Je crois qu'il est nécessaire d'établir tout d'abord une division bien nette, entre deux genres de faits qui offrent en somme des différences bien tranchées, je veux parler des *rétrodéviations utérines mobiles* et des *rétrodéviations utérines adhérentes.*

Cette distinction, sur laquelle ont insisté plusieurs de nos devanciers, présente une importance capitale; elle contr'indique d'emblée nombre de procédés opératoires parfaitement applicables aux *utérus en retrodéviation qui sont restés mobiles.*

Contre cette dernière variété, la chirurgie n'a guère à intervenir.

Les *pessaires*, bien qu'ils aient été déclarés insuffisants, incommodes et même malpropres par certains gynécologues distingués, qui en rejettent systématiquement l'emploi, ne méritent pas cet excès de rigueur surtout s'ils sont en métal, car il est facile de les maintenir propres et aseptiques. La question de poids n'a pas plus d'importance puisqu'on peut les fabriquer en aluminium. Quant à leur forme, elle variera suivant les cas, c'est-à-dire suivant le degré de rétroversion ou de rétroflexion. Le pessaire de Sims, plus ou moins modifié suivant les circonstances, est un excellent instrument qui m'a rendu de très bons services.

Si le vagin est trop distendu, si le périnée est déchiré, une périnéorrhaphie permet facilement de lutter contre les inconvénients que présentent les pessaires chez ce genre de malades. Il est donc inutile de recourir à des méthodes plus compliquées quand la rétrodéviation est mobile; employer des méthodes opératoires compliquées

serait justifier de gaîté de cœur les attaques qui n'ont que trop de tendance à se produire.

Mais à côté de ces cas favorables, il en existe un assez grand nombre d'autres pour lesquels le pessaire ne suffit plus et qui ne nécessitent pas cependant des interventions radicales. C'est ce qui a lieu pour bon nombre de rétrodéviations qui ne sont pas adhérentes. C'est alors que la discussion est permise et que le choix devient difficile entre toutes les méthodes qui ont été proposées. Si les brides cicatricielles qui maintiennent la déviation sont peu importantes, je m'en tiens volontiers au redressement de l'utérus par le cathéter de Marion Sims ou au massage gynécologique qui a été mis en honneur par Thure-Brandt.

Je me rappelle encore l'effroi que causa l'instrument imaginé par Sims pour *redresser le corps et le fond de l'utérus,* en introduisant par le col jusque dans le corps une tige articulée. Cet instrument, beaucoup plus ingénieux que ceux qui ont été imaginés sur son modèle, puisque sa portion intra-utérine peut être mue dans tous les sens, avait pour but, une fois introduit, de permettre au chirurgien, en changeant la direction de cette partie de l'instrument, de reporter en avant le corps et le fond de l'utérus de façon à détacher peu à peu les adhérences. La terreur qu'avaient inspiré les recherches de Huguier avec le cathéter utérin, n'était pas encore dissipée, ce qui contribua sans doute à empêcher bon nombre de chirurgiens d'adopter l'instrument de Sims. Pour mon compte personnel, je compris de suite le parti que l'on pouvait en tirer dans les sortes de cas que je viens de désigner. Je n'ai eu qu'à me louer de son emploi et je ne crains pas de dire aujourd'hui que son action est préférable à celle que donnent les autres manœuvres, quand il s'agit de détacher des adhérences récentes et peu résistantes.

Tel était l'état de la science à cette époque. En réalité, Sims ne se proposait que de rendre le corps de l'utérus mobile. Il se contentait ensuite d'immobiliser cet organe avec les pessaires d'aluminium qu'il avait inventés et qui sont encore aujourd'hui les meilleurs; du même coup il voyait, comme nous, disparaître la gêne et les souffrances.

Vers la même époque, j'avais été comme les autres chirurgiens, obligé de reconnaître qu'un certain nombre d'adhérences, bien que n'étant pas trop anciennes, résistaient à l'instrument de Sims. J'appris alors par le Docteur Nörstrom, dont je connaissais la compé-

tence en fait de *massage*, que son maître Thure-Brandt était parvenu à détacher avec les doigts d'une main méthodiquement introduits par le vagin et avec ceux de l'autre main appliqués sur la paroi abdominale, les adhérences que l'ingénieux instrument de Sims ne nous permettait pas de faire céder. Cette méthode étant rationnelle, peu dangereuse, je priai notre confrère de l'appliquer dans mon service. Elle nous donna des résultats tellement satisfaisants qu'un de nos élèves en fit le sujet de sa thèse inaugurale. Le jury, composé des accoucheurs de l'époque, la refusa comme immorale, ce qui n'empêcha pas les idées qu'elle renfermait de faire leur chemin.

En résumé cette méthode, comme celle de Sims, démontre qu'il faut avant tout rendre la rétrodéviation mobile pour que les souffrances qu'elle cause puissent être combattues et disparaître.

Malgré ces heureux résultats, je rencontrais comme les autres chirurgiens, des cas rebelles à ce mode de traitement.

Voyant combien il était peu dangereux d'ouvrir l'abdomen pour enlever les grandes tumeurs de cette région, les kystes de l'ovaire, en particulier, il m'arriva, comme à d'autres chirurgiens, de profiter de ces opérations pour combattre la rétroflexion.

J'avais alors l'habitude, comme la plupart des autres gastrotomistes, après avoir enlevé un kyste de l'ovaire, quand je voyais l'utérus trop fortement dévié, de fixer mon pédicule à l'angle inférieur de la plaie pour maintenir l'utérus dans une bonne position et pour mieux surveiller les effets de la section du pédicule.

Un de ceux, qui, en même temps que moi, pratiqua le premier cette opération, je veux parler de Kœberlé, imagina dans un cas semblable, de fixer le pédicule sur un autre point de la paroi abdominale pour remédier au déplacement de cet organe. Cet opérateur était, comme nous, loin de penser à ce moment que d'autres chirurgiens songeraient à tirer parti de cette fixation pour proposer de raccourcir les ligaments ronds, comme Alexander et Adams, ou pour suturer l'utérus lui-même à la paroi abdominale.

L'*opération d'Alexander* me donna, comme à tant d'autres, d'excellents résultats ; mais ils n'étaient pas toujours durables et suffisants.

L'*hystéropexie abdominale* eût à son tour une vogue bien justifiée parce qu'elle était parfaitement rationnelle ; elle me rendit dans un certain nombre de cas de réels services.

Il est bien entendu que je n'ai jamais appliqué ces opérations

qu'après avoir essayé tous les moyens médicaux les plus propres à remédier aux souffrances, et à la rétrodéviation.

Enfin tous les gynécologistes s'ingénièrent à l'envi à modifier l'hystéropexie.

Quelle que soit l'efficacité de ces modifications, la plupart d'entre elles présentent suivant moi, come l'hystéropexie elle-même, le grand défaut de fixer l'utérus dans une position anormale, qui n'est point sans inconvénients pour la grossesse et pour l'accouchement, ainsi que le prouvent un certain nombre de faits malheureux qui ont été récemment publiés. D'ailleurs, il faut l'avouer, toutes ces opérations n'ont été appliquées avec succès que dans les cas où l'on avait cherché à fixer par la ventro ou par la vaginofixation des utérus jouissant d'une assez grande mobilité. Or, il me sembla qu'on pouvait apporter aux méthodes qui sont applicables par la voie vaginale quelques modifications propres à faire disparaître la plupart des inconvénients que l'on pouvait reprocher à celles que l'on pratique par la voie abdominale.

J'estimais qu'il faut avant tout explorer l'état de l'utérus et de ses annexes afin de savoir s'il était possible ou non de le conserver. Pour cela je donnai la préférence à l'incision exploratrice faite par la voie vaginale.

Le doigt introduit par l'incision vagino-péritonéale postérieure dans le Douglas, me permettait de savoir s'il était ou non possible de détacher les adhérences et, quand les ovaires et les trompes étaient le siège de petites tumeurs, de les enlever, sans trop dilacérer ces organes.

Si ce mode d'intervention me démontrait que les adhérences ne tarderaient pas à se reproduire, je n'hésitais pas alors à pratiquer l'amputation du col, dans sa portion sus-vaginale, aussi haut que cela était possible, c'est-à-dire tout près de l'union du corps et du col. Cette amputation me permettait de débarrasser l'organe d'une partie qui est souvent très altérée. Elle a, comme on sait, l'avantage de réveiller la vitalité de l'utérus et d'assurer à elle seule la guérison de métrites rebelles ; mais, dans le cas qui nous occupe, elle avait surtout pour but de débarrasser la matrice de sa portion la plus recourbée et de rendre plus facile la fixation de son corps dans une situation convenable. Elle me donnait les moyens d'atteindre l'éperon qui se produit au point de flexion de l'organe, de faciliter l'ouverture des culs-de-sac péritonéo-vaginaux et de détacher plus aisément les adhérences rétro-utérines. Cette scission supra-vaginale

du col ne constituait pour moi, dans presque tous les cas, qu'un temps préliminaire qui précédait de quelques semaines les autres temps de l'opération. Je n'ai point à en décrire le manuel ; il est extrêmement simple et ne présente aucun danger sérieux. Je me bornerai à dire que je prenais soin de conserver la muqueuse et que je la fixais en dehors par des points de suture appropriés afin d'éviter toute chance de rétrécissement ultérieur. S'il y avait relâchement du vagin et du périnée, accompagné ou non de prolapsus, de cystocèle ou de rectocèle, je pratiquais une élytropérinéorrhaphie. Je laissais guérir ces surfaces réunies et, dès que la cicatrisation était solidement effectuée, si les malades continuaient à souffrir, j'accomplissais les autres temps opératoires de la façon suivante.

La première chose à faire était de débarrasser l'utérus des adhérences qui le maintenaient en rétrodéviation. Pour cela j'incisais le cul-de-sac de Douglas, soit longitudinalement, suivant le procédé de de Boisleux, soit transversalement, de façon que l'ouverture soit suffisamment large pour permettre à l'index d'explorer toute la face postérieure de l'utérus, de détacher les adhérences et de me rendre compte de l'état des annexes. Lorsque j'étais parvenu à rendre à l'organe sa mobilité, je procédais à l'ouverture du cul-de-sac antérieur, je décortiquais sur la ligne médiane, sur une hauteur de quatre centimètres, la face postérieure de la vessie ainsi que la face antérieure de l'utérus de leur revêtement péritonéal, puis je faisais passer transversalement ou verticalement 3 à 5 crins de Florence entre le revêtement celluleux de la vessie et celui de la paroi antérieure de l'utérus de façon à les suturer l'une à l'autre. Je coupais ensuite les nœuds au ras et je fermais la plaie vaginale avec un étage superficiel de crins de Florence. En général, trois à cinq crins de Florence me suffisaient pour chaque suture superficielle et profonde. J'avais soin, d'ailleurs, de ne nouer les fils qu'après m'être assuré que le corps et le fond de l'utérus étaient maintenus dans une bonne position.

Les avantages de cette opération étaient suivant moi, de permettre de débarrasser l'endomètre de l'éperon central qui gêne la fécondation, de détruire les adhérences qui maintenaient l'utérus en arrière et d'empêcher celles-ci de se reproduire en maintenant l'utérus en avant par des points de suture qui le soudaient en quelque sorte à la vessie. L'organe, se trouvant réintégré dans sa situation normale, la dystocie n'est plus à craindre en cas de grossesse, ainsi que cela se produit parfois dans l'hystéropexie abdominale ou vaginale.

J'appliquai pour la première fois cette méthode opératoire il y a 3 ans. Je l'ai employée depuis cette époque à plusieurs reprises. Les résultats ont été excellents et c'est pour ce motif que j'ai jugé utile d'appeler sur elle l'attention de mes confrères d'autant plus volontiers qu'elle ne fait courir aux malades aucun danger sérieux.

Lorsque la rétroflexion est ancienne et accompagnée de *désordres inflammatoires graves survenus dans l'utérus ou les annexes,* il n'est pas toujours possible de parvenir à décoller les adhérences, de faire basculer la matrice et de la fixer en avant.

Pour mieux faire comprendre les difficultés, que le chirurgien peut rencontrer en pareil cas, je vais vous faire connaître l'état dans lequel se trouvaient l'utérus et ses annexes chez les 51 dernières malades auxquelles j'ai pratiqué l'hystérectomie vaginale pour des rétroflexions adhérentes et compliquées qu'il eût été impossible de traiter par d'autres méthodes.

En ce qui concerne l'utérus, il était fréquent de le trouver inégal et hypertrophié, surtout du côté de la face postérieure, au point de faire croire à un fibrome : dans un cas il avait le volume d'une tête de fœtus normal. — Souvent aussi son tissu, au niveau du corps et du fond, était friable, parfois même ramolli au point de se laisser crever par le doigt à la simple pression. Chez plusieurs malades il était infiltré de pus. Toutes ces modifications ne purent être constatées qu'au cours du morcellement. Une fois le corps était devenu cancéreux sans qu'aucune modification apparente ait autorisé à le supposer.

En ce qui concerne les ovaires et les trompes, ils étaient enflammés et presque toujours fixés soit en arrière, soit en avant. Il est difficile en effet que la rétroflexion s'opère sans que ces luxations surviennent et constituent par elles-mêmes une cause grave de souffrance. Dans un très grand nombre de cas, les trompes et les ovaires étaient sclérosés, friables, kystiques, hématiques, purulents, deux fois ils étaient sphacélés. Quelques-uns de ces kystes atteignaient le volume d'une anse d'intestin, d'un œuf de poule, de dinde. Nous en avons vu qui contenaient deux litres de liquide hématique ou purulent. D'autres s'étaient vidés dans le péritoine et avaient donné lieu à des hématocèles rétro-utérines, à des pelvi-péritonites enkystées, d'autres s'étaient vidés dans la vessie, le rectum. Dans ces derniers cas, ils entretenaient une diarrhée purulente, du ténesme et un état hémorrhoïdaire très pénible. Chez un petit nombre de malades, nous avons trouvé, au cours de l'opération, des varicocèles doubles au voisinage des bords latéraux des ligaments larges.

En ce qui concerne les *adhérences qui reliaient ces organes,* elles étaient souvent générales et tellement dures que, dans plusieurs observations, il est dit qu'elles formaient de véritables cordes, difficiles à couper même avec les ciseaux, qu'elles entouraient le rectum au point de faire croire à un rétrécissement squirrheux de cet organe, qu'elles le confondaient avec les parois de la vessie si profondément qu'il était difficile de ne pas exciser en même temps une certaine épaisseur de la tunique musculaire de cet organe. Quelques-unes de ces adhérences étaient stratifiées, anciennes, assez épaisses pour faire croire quand on les coupait, que c'était encore du tissu utérin.

On comprend que la conduite à suivre chez ces malades ne pouvait pas être la même que dans les cas de rétrodéviations peu adhérentes : en pareil cas en effet, les causes qui avaient produit tous ces désordres avaient tellement ébranlé leur santé, qu'il n'y avait plus un instant à perdre pour les sauver. La *castration utérine faite par la voie vaginale* se trouvait donc naturellement indiquée. On sait que, grâce au morcellement, cette opération est relativement facile, quel que soit le nombre et l'importance des complications. Notre statistique démontre que les suites immédiates et éloignées sont tout aussi favorables que celles que donne la castration utérine dans les suppurations pelviennes.

CONCLUSIONS

De la communication que nous venons de faire nous croyons devoir tirer les conclusions suivantes :

1° — Le traitement chirurgical des rétroflexions diffère suivant qu'elles sont mobiles, — peu adhérentes, — extrêmement adhérentes ;

2° — Lorsque les rétroflexions sont mobiles, il est rare que le chirurgien ait besoin d'intervenir autrement que par les pessaires ;

3° — Quelques chirurgiens ont eu le tort de prétendre que ces pessaires sont malpropres et incommodes ; cette objection tombe lorsque le chirurgien a soin de se servir d'instruments métalliques, tels que ceux en aluminium, qu'il est facile de rendre aseptiques;

4° — Pour favoriser l'application de ces instruments il ne faut pas craindre de recourir à la périnéorrhaphie ou à l'élytrorrhaphie, en cas de déchirure concomitante du périnée, de cystocèle, de rectocèle, ou de prolapsus utérin, ces opérations étant utiles pour favoriser l'action de l'instrument et toujours inoffensives ;

5° — Lorsque les rétrodéviations sont maintenues par des adhérences récentes, molles, faciles à détacher, qui rendent l'existence intolérable, le chirurgien doit s'efforcer de la rendre mobile en les faisant céder le plus vite possible ; dans ces cas le redresseur articulé de Sims ou le massage vaginal suivant la méthode de Thure-Brandt, donnent d'excellents résultats ;

6° — Si le détachement des adhérences ne peut être obtenu par ces moyens et si les souffrances persistent, il ne faut pas craindre d'introduire le doigt dans le cul-de-sac de Douglas, par la voie vaginale, afin d'explorer l'état de l'utérus et des annexes, d'enlever les petites tumeurs des trompes et de rompre les adhérences pour rendre à ces organes leur mobilité ;

7° — Si, malgré ces soins, les souffrances persistent, il faut s'efforcer de prévenir la récidive ; pour cela il faut alors donner la préférence aux méthodes qui fixent le mieux la paroi antérieure du corps de l'utérus en avant ;

8° — Celle que nous avons imaginée dans ce but consiste à fixer la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie après avoir dénudé ces organes de leur feuillet péritonéal sur la ligne médiane ;

9° — Pour favoriser ce résultat, nous faisons au préalable la résection supravaginale du col en concervant sa muqueuse, puis quelques semaines après nous faisons la seconde opération qui peut se résumer ainsi :

Excision bilatérale de la muqueuse vaginale, ouverture du cul-de-sac de Douglas, détachement des adhérences, ouverture du cul-de-sac antérieur du vagin, bascule du fond de l'utérus à l'aide des doigts et des pinces, avivement de la face antérieure de l'utérus, avec suture du péritoine rétro-vesical à une hauteur de 4 centimètres, et suture de la face avidée avec des sutures superficielles et profondes ;

10° — Si l'organe est maintenu en rétroflexion par des adhérences nombreuses et trop résistantes, si on trouve dans son tissu, dans celui des trompes, des ovaires, du péritoine et même des organes voisins des modifications profondes qui rendent la chirurgie conservatrice impuissante et dangereuse ; en pareil cas, la castration vaginale

totale est indiquée et permet, comme le prouvent nos statistiques, de remédier à ces désordres et de sauver des malades dont l'existence était compromise.

M. le Dr **Maxime Chaleix** (de Bordeaux). — Les hasards de la clinique nous ont mis à même, depuis plusieurs années, de voir un assez grand nombre de femmes dont la rétroversion avait été traitée par des méthodes diverses.

Nous avons pu nous faire cette conviction, en examinant les résultats plus ou moins éloignés de ces interventions faites par divers chirurgiens de premier rang, que, si certaines méthodes de corriger la rétroversion peuvent, pour l'avenir, prêter le flanc à des critiques que nous n'avons pas à examiner ici, elles sont toutes à peu près d'une égale valeur en ce qui concerne la suppression des phénomènes subjectifs (douleurs et troubles fonctionnels) à la condition de combattre, sans en excepter un seul, tous les éléments de production de ces phénomènes anormaux.

En effet, chez les femmes qui viennent consulter le gynécologue, et à l'examen desquelles on constate de la rétroversion utérine, cette déviation constitue rarement la lésion unique ; elle fait presque toujours partie d'un ensemble de modifications pathologiques, toutes d'un rôle à peu près égal dans la genèse des phénomènes anormaux accusés par les malades.

Il importe de faire, avant de décider son intervention, la part bien exacte de tous les facteurs capables d'entraîner la douleur ou les troubles fonctionnels.

Les altérations de l'endomètre, les modifications pathologiques du parenchyme cervical, provoquent, on le sait, des manifestations douloureuses, des sensations de gêne, de pesanteur, de compression sur le rectum, que l'on rencontre souvent chez des femmes absolument indemnes de toute rétrodéviation. Un curettage soigneux précédé d'une très sérieuse dilatation, et surtout, s'il y a lieu, la large amputation anaplastique du col, suffisent à faire disparaitre rapidement ces désordres.

De même pour le prolapsus utérin, même léger, ainsi que pour la chute des parois vaginales. Ces troubles de la statique utérine amènent parfois une entrave fonctionnelle du côté de la vessie et du rectum, et provoquent presque constamment une sensation de

lourdeur, qui s'accroît avec la gêne consécutive de la circulation veineuse utérine.

Il est également important de s'enquérir du rôle que peuvent jouer ici l'inflammation chronique des annexes et l'existence d'un empâtement localisé surtout au niveau du cul-de-sac postérieur. S'il existe de la rétroversion, la guérison, par un traitement approprié, de ce qui a été très judicieusement appelé la *pelvi-péritonite postérieure*, peut supprimer toute douleur et rendre la rétroversion désormais indolore.

Chez une femme atteinte de rétroversion, le traitement opératoire devra donc tendre à faire disparaître toutes les lésions concomitantes, sous peine de demeurer absolument infructueux, s'il se borne à combattre uniquement la rétrodéviation.

L'insuccès du traitement partiel fait l'intérêt des quatre observations suivantes, qui nous ont paru assez typiques pour être analysées ici, tout au moins très brièvement.

I. La première a trait à une femme de 35 ans, ayant eu 3 enfants, qui, atteinte de rétroversion utérine, avec douleurs dans le bas-ventre, gêne de la défécation, troubles de la miction, etc, subit en 1891, l'opération d'*Alexander*. Un soulagement très léger et de peu de durée suivit cette intervention ; elle recommença bientôt à souffrir comme par le passé. Elle me consulta en 1894 et je constatai chez elle, de l'endométrite, l'utérus mesurait 8 cent., col gros, dur, ectropion des 2 lèvres, déchirures bilatérales du col, laxité extrême des parois antérieure et postérieure du vagin. Cystocèle, rectocèle.

L'utérus, quoique un peu abaissé, est en attitude normale. Curettage, amputation du col, colporraphie antérieure et postérieure.

Depuis, j'ai souvent revu cette opérée qui n'a plus souffert et a pu, sans encombre, faire un métier pénible.

II. J'ai été consulté en 1893, par une femme de 40 ans, ayant eu 2 enfants, qui avait subi en 1892, pour une rétroversion l'*opération d'Alexander* et la *restauration du périnée* qui avait été largement rompu dans un de ses accouchements.

Persistance de la sensation de lourdeur périnéale et de pesanteur sur le rectum. Envie très fréquente d'uriner.

L'utérus est en position normale. — Cystocèle très accentué. Col gros, mou, ectropion des 2 lèvres.

Nous lui avons fait subir le curettage, l'amputation aussi haute que possible du col et la colporraphie antérieure.

Toute douleur a depuis disparu.

III. Femme de 29 ans, 2 accouchements antérieurs ; ayant subi en 1894, l'hystéropexie pour une rétroversion.

Continue à souffrir — même sensation de gêne.

En juin 1895 ce même utérus maintenu élevé est en antéversion.

Col gros, ectropion bilatéral, cystocèle, rectocèle.

Je pratique l'amputation anaplastique du col, après abrasion de la muqueuse utérine malade, restaure par colporraphie les parois vaginales.

IV. Cette quatrième observation est analogue à la précédente. La malade, atteinte de rétroversion, a également subi la ventrofixation en 1894. Mais le périnée était intact et suffisant. Quand j'ai vu cette femme en mai 1896, le col était gros et dur, il existait de l'endométrite et un empâtement un peu douloureux à la pression des culs-de-sac latéraux.

Même sensation de gêne et de douleur qu'auparavant.

Curettage, amputation du col. Un mois après, la malade se levait. On pouvait constater la résorption des exsudats. Depuis disparition de la douleur et des troubles fonctionnels.

A côté des faits où la négligence de temps opératoires, en apparence accessoires, avait compromis le résultat définitif, on pourrait citer de nombreux cas de femmes atteintes de rétroversion et de tous les troubles douloureux qui accompagnent cette déviation, guéries de tous ces troubles par mon traitement qui a consisté *uniquement* à modifier la muqueuse utérine, à amputer un col malade, faisant ainsi un assainissement et un allégement de l'utérus et à refaire la statique pelvienne.

En tous cas, chez une malade dont l'utérus est rétroversé, le chirurgien devra, s'il veut faire disparaître toute douleur et tout trouble fonctionnel, non point seulement redresser cet utérus, mais aussi et surtout modifier un endomètre malade, supprimer un col pesant et ectropié, rétablir la statique utérine et par suite améliorer la circulation par la réfection des parois vaginales, et tendre à la guérison des annexes et des exsudats pelvi-péritonitiques.

C'est en agissant ainsi qu'il obtiendra, non pas uniquement la disparition d'une seule lésion, mais la guérison complète des altérations anatomiques et des troubles subjectifs existants.

Si je l'osais, je concluerais que, dans bien des faits de rétroversion, le temps le moins essentiel à la guérison est celui qui s'adresse directement à cette déviation.

M. le Prof. Dr **Otto Engström** (de Helsingfors). — Meiner Ueberzeugung nach verursacht eine Retrodeviation der Gebärmutter an und für sich selten grössere Beschwerden. Darum bin ich nur widerstrebend zu einer operativen Behandlung dieser Lageanomalie gekommen. Mackenroths ältere Operation habe ich nur 11 mal ausgeführt. Das erste Resultat war ausgezeichnet. Zwei Patientinnen sind kurz danach schwanger geworden. Aber von den Operirten haben 3 nach kurzer Zeit ein Recidiv bekommen : die peritoneale Adherenz war zu wenig oberhalb des Collum und dazu zu schwach, weil die Operation zu aseptisch war.

Jetzt führe ich nur die Ventrofixation aus, wenn ich überhaupt zu einer operativen Behandlung gezwungen bin. — Ich sehe hier von 4 Ventrofixationen ab, die vor 1895 und nach verschiedener Methode ausgeführt waren.

In den letzten 19 Monaten sind von mir oder meinen Assistenten etwa 3500 gynækologische Kranke behandelt worden. Während dieser Zeit sind unter 266 Laparatomien 52 Ventrofixationen ausgeführt, davon 18 für mobile und 34 für fixirte Retrodeviationen, mit oder ohne gleichzeitige Adnexoperation. Auch alle diese Fälle sind glücklich verlaufen.

Ich führe die Ventrofixation folgendermassen aus: Eine einzige Sutur aus Seide wird dicht oberhalb der Symphyse durch die ganze Bauchwand, inclusive Peritonäum und der einen Seite der Bauchwand, dann breit durch den Fundus uteri, dann wieder durch die Bauchwand geführt und gebunden. Die Bauchwunde wird übrigens wie gewöhnlich geschlossen. Die Fixationssutur wird 14 Tage liegend gelassen, dann weggenommen. Die Operirte wird am 15. Tage entlassen. Es entsteht hierdurch eine sehr nachgiebige peritoneale Verbindung zwischen Fundus und Bauchwand. Die Gebärmutter bleibt sehr beweglich und man kann später kaum die Verbindung fühlen. In meinen Fällen ist die frühere Retrodeviation nicht eingetreten.

M. le Dr **Mangin** (de Marseille). — Etant intervenu chirurgicalement dans 83 cas de rétrodéviations utérines, nous avons pensé pouvoir vous apporter les résultats de notre pratique.

Nous distinguerons naturellement les rétrodéviations mobiles sans complications du côté des annexes de celles qui s'accompagnent d'adhérences et d'annexites.

Les premières souvent peu douloureuses ne demandent en général que l'application d'un bon pessaire ; si celui-ci est mal supporté ou n'est pas soutenu, une intervention s'impose.

Nous avons essayé l'opération d'Alexander dans 9 cas avec seulement 6 succès durables. Les échecs se sont produits lorsque le raccourcissement des ligaments ronds a été employé seul sans opération plastique sur le vagin, pour des rétroflexions sans relâchement sérieux du vagin. Il est vrai de dire que les femmes en question n'avaient pas eu d'enfants et que les ligaments étaient grêles.

Les succès ont été relevés dans les cas où des amputations du col et des colporrhaphies antérieures larges avaient été pratiquées; dans un de ceux-ci nous avons eu quelque temps après une hernie inguinale.

L'opération de Nicoletis employée sans colporrhaphies nous a donné deux insuccès sur deux cas (l'utérus était, il est vrai, très volumineux); cette même opération combinée aux colporrhaphies nous a donné 3 succès complets et un demi-succès sur 4 cas.

Comme il nous avait semblé que dans les cas où nous avions employé les opérations d'Alexander et de Nicoletis, les succès étaient surtout dus aux opérations plastiques du vagin, nous nous en sommes tenus pendant quelque temps à ces dernières, opérant comme dans les prolapsus : amputation large du col, systématiquement dans tous les cas ; colporrhaphie antérieure très soignée (c'est la clef de voûte de l'opération) ; avivement de toute la partie antérieure du col et de la muqueuse avoisinante. Les parois latérales du vagin fortement rapprochées en avant formaient, une fois soudées au col, une sangle, refoulant celui-ci en arrière et tendant les ligaments larges. L'involution post-opératoire aidant, on retrouvait au bout de peu de temps l'utérus en bonne position.

Nous ne refoulions pas alors la vessie, ce qui était un tort, le point d'appui sur le col étant moins large, aussi avons-nous eu à constater à côté de 16 guérisons complètes et durables, plusieurs demi-succès, l'utérus bien soutenu ne donnait plus de douleurs, mais étant en rétroversion légère (5 cas sur 24). 3 fois nous eûmes des échecs complets chez des femmes à tissus flasques sans résistance. Il est vrai que dans 2 cas des grossesses étaient survenues et avaient relâché le vagin ; le port d'un pessaire a suffi pour faire disparaître les phénomènes douloureux et maintenir l'utérus en place.

Dans 2 cas de rétroflexion l'utérus nous semblait tellement volumineux que, le soutien vaginal nous paraissant insuffisant, nous fîmes l'hystéropexie abdominale qui nous donna 2 succès.

Depuis l'apparition de la colpohystéropexie, nous avons employé à plusieurs reprises cette opération toujours avec succès et c'est pour nous maintenant le procédé de choix. Nous nous sommes servi du premier procédé de Mackenrodt sans jamais ouvrir le cul-de-sac péritonéal antérieur. Dans 3 cas, sans relâchement du vagin, nous avons obtenu 3 guérisons durables, dans 6 autres cas, avec relâchement, nous avons combiné ce procédé avec des colporrhaphies et obtenu 6 guérisons.

Dans les rétroversions nous ne croyons pas nécessaire de faire remonter les fils fixateurs au-delà du col lorsqu'on emploie le procédé d'élytrorhaphie cité plus haut; de cette façon l'antéflexion n'est pas trop prononcée et en cas de grossesse l'utérus peut se développer librement. Dans les rétroflexions il sera cependant utile de placer les fils fixateurs très haut. Dans les rétroflexions très prononcées nous préférons l'hystéropexie abdominale à l'ouverture du cul-de-sac antérieur avec fixation du fond de l'utérus au vagin, opération mauvaise en cas de grossesse.

Lorsque les rétrodéviations sont compliquées d'adhérences ou d'annexites, on doit avant tout chercher à les ramener au type précédent par un traitement médical bien compris et patiemment conduit. Le massage donne souvent des résultats merveilleux, mais il doit être employé avec une extrême prudence, jamais lorsqu'il y a de la fièvre. En cas de métrite concomittante, la guérison de celle-ci par le curettage et l'amputation du col amène souvent la résolution de l'affection des annexes, et souvent l'utérus se redresse par le seul fait de l'involution post-opératoire.

On peut, lorsque les lésions des annexes n'ont pas de tendance à subir une poussée aiguë, combiner le traitement de la métrite avec les opérations plastiques précédentes. C'est ainsi que, dans 19 cas, nous avons observé 10 guérisons complètes, 7 améliorations sérieuses dans des cas où l'état des annexes ne nous avait pas permis de faire plus qu'un curettage, 2 échecs chez des malades guéries ensuite par laparotomie. Cette dernière opération nous a donné 8 guérisons sur 9 cas; nous avons observé 1 mort dans un cas de salpingotomie double avec hystéropexie par suite d'une faute de l'entourage de la malade, celle-ci restée seule se leva pour boire le deuxième jour de son opération: vomissements incoercibles, hémorrhagie interne; avisé trop tard, nous ne pûmes intervenir.

L'hystérectomie vaginale nous a donné 2 guérisons sur 2 cas.

Comme procédé accessoire nous avons enlevé les annexes prolabées

par le cul-de-sac postérieur, redressé l'utérus et créé des adhérences dans le Douglas, adhérences qui ont maintenu l'utérus en bonne position : 3 guérisons sur 3 cas.

En résumé nous arrivons aux conclusions suivantes :

Dans les rétrodéviations mobiles application d'un pessaire, si insuccès, redressement par hystéropexie vaginale avec colporrhaphies très larges. Réserver l'hystéropexie abdominale aux rétroflexions très prononcées, aux utérus volumineux.

Pour les rétrodéviations compliquées les ramener si possible au type précédent par les traitements médicaux, en cas d'insuccès laparotomie pour les lésions simples, hystérectomie vaginale pour les lésions doubles avec adhérences très marquées.

M. le Prof. **Sänger** (de Leipzig). — Die vaginale Antefixation des Corpus Uteri, welche so schön begonnen hatte, ist nun fast allgemein inMisscredit gefallen. Die Vernähung des Corpus Uteri mit dem vorher durchtrennten Peritoneum der Pica anterior, welche auch Herr *Jacobs* jetzt wieder vorschlug, wird nicht hinreichen, dasselbe dauernd vorn zu halten. Die sehr günstigen Empfehlungen, welche Herr *Küstner* und Herr *Edebohls* der verbesserten *Alexander-Adams*'schen Operation gewidmet haben, werden nicht verfehlen ihr mehr Freunde zu erwerben. Die abdominale Ventrifixura Uteri, welche ich zum ersten Male bei beweglicher Retroflexio ausgeführt habe, ist die einzige Operation, welche bei guter Technik vollkommen sichere Dauerresultate ergibt und bei späterer Schwangerschaft nächst der *Alexander-Adams*'schen Operation die geringsten Störungen im Gefolge hat. Auch ich habe in zwei Fällen von wiederholter Coeliotomie nach Ventrifixur bandartige Ausziehung der Verwachsungen an der Fixationsstelle gesehen, welche aber im Gegensatz zu den Fällen des Herrn *Jacobs* keine Symptome machten.

Die *Leopold-Czerny*'sche Technik, wobei der Fundus Uteri in die Bauchwunde eingenäht wird, passt für die conservative Ventrifixur nicht so gut als die von *Olshausen* und mir angegebene seitliche Annähung der Ligamente. Ob nun diese oder der Fundus Uteri angenäht werden, stets verfahre ich dabei so, dass dies unterhalb und ausser dem Bereich der Bauchwunde geschieht und mit versenkten (Silkworm-) Nähten. Percutan durchgelegte Nähte können leicht durch Secundärinfection zu derben Verwachsungen des Uterus mit der Bauchwand herbeiführen. In mehreren Fällen von Enucleation

von Myomen, von Verletzungen des uterinen Peritonealüberzuges habe ich auch die Ventrifixur dazu benützt, die Nahtlinie nach der Blaseo der der seitlichen Beckenwand zu verlegen, so dass sie nicht mit Darmschlingen in Berührung kommen konnte.

Wenn Herr *Küstner* erwähnte, ich habe mit meiner Retrofixatio colli Uteri gute Erfolge erzielt, so kann ich dies leider nicht bestätigen. Gleichwohl möchte ich diesen theoretisch so wohl begründeten Operationsweg durchaus nicht aufgeben; man hat ihn bisher zu wenig verfolgt. Auf meinem und *Stratz's* Vorgehen weiter bauend, hat ein Schüler von mir, Dr. *Pagenstecher,* jüngst ein Verfahren der breiten Eröffnung und Ausschaltung des Douglas-Divertikels angegeben, welches in dieser und jener Modification wohl berufen sein kann die gesuchte sichere Retrofixatio colli zu leisten. Bei breiter Eröffnung des Douglas ist nur die Klippe zu vermeiden, dass nicht auch das Corpus Uteri hinten adhärent wird und so eine fixirte Retroversio entsteht.

Das *Schultze'*sche Verfahren der gewaltsamen Lösung fixirter Retroflexionen ergab auch mir in einzelnen Fällen glänzende Ergebnisse; in den häufigsten Fällen allseitiger derber Verwachsungen versagt es; ebenso die Massage, welche ich von meinen Assistenten vielfach ausführen liess.

Dass bei fixirten Retroflexionen die Lösung der Adhäsionen aut vaginalem Weg, durch Colpo-cœliotomia ant. oder post., auch nicht entfernt das leisten kann was die abdominale Cœliotomie, ist klar, schon da bei den ersteren Verfahren die Adnexa nur unvollkommen oder gar nicht befreit werden können. Ich stelle mich daher ganz auf Herrn *Küstner's* Seite, dass in allen Fällen schwererer Fixationen abdominal vorzugehen sei, wie denn überhaupt die Ventrifixura Uteri vielleicht wieder einer Hebung entgegengeht. Dagegen glaube ich nicht, dass der Vorschlag des Herrn *Küstner* die *Alexander-Adams'*sche Operation mit seinem suprasymphysären Winkelschnitt zu verbinden viel Anklang finden werde, schon da ein solches Verfahren nicht mit dem Prädicat der Einfachheit belegt werden könnte.

M. le Dr **Doléris** (de Paris). — La rétrodéviation n'est pas un symptôme ou une partie élémentaire d'un syndrome, comme on l'a dit.

Elle est en réalité une conséquence pathologique de causes mul-

tiples et différentes selon les cas, non une entité morbide. Mais cette conséquence, comme toute anomalie pathologique, devient nécessairement la source de troubles qui lui appartiennent en propre.

I

L'association de la rétrodéviation avec la métrite, la paramétrite, la salpingo-ovarite, lésions tantôt primitives et ayant joué un rôle exclusif ou partiel, dans la production du déplacement utérin, tantôt concurrentes ou secondaires et jouant, en tout cas, le rôle de complications sérieuses, permet d'établir une première catégorie spéciale. Dans cette catégorie, il est permis de considérer la déviation comme d'importance accessoire; mais c'est là une vue théorique qui ne se peut vérifier que lorsqu'on a acquis, pour chaque cas, la certitude, que la cure des lésions inflammatoires utérines et pelviennes a fait cesser absolument les symptômes morbides.

Mon expérience sur plus de *quatre cents* rétrodéviations observées en douze ans, d'une façon suivie, sur lesquelles deux cents environ ont été traitées par des opérations simples et limitées d'abord, plus judicieusement et plus complètement associées ensuite, m'a donné cette conviction que, en dépit des assertions apportées ici par l'un des rapporteurs, le traitement de la métrite ne suffit pas : celui de la salpingo-ovarite ne saurait valoir que si, par l'ablation complète des annexes plus ou moins atteintes, on a tué le fonctionnement génital et provoqué l'atrophie et la mort des organes.

En cas de troubles modérés du côté de la trompe et de l'ovaire, tantôt récents, tantôt anciens, en cas aussi d'adhérences de l'utérus,. de même lorsqu'il s'agit de tumeurs fibreuses commençantes, ayant causé la rétrodéviation, la précédente solution ne saurait prévaloir, tout gynécologue s'en tenant alors à des pratiques conservatrices, autant que cela est possible.

Comme d'ailleurs, dans beaucoup de ces cas, l'ouverture de l'abdomen s'impose, ce n'est ni compliquer l'intervention, ni faire œuvre inutile, que de la terminer par une opération réductrice en agissant sur les ligaments ronds, ou sur le tissu utérin lui-même, quelle que soit la voie adoptée, *cœliotomie vaginale* ou *cœliotomie abdominale*.

Comme restriction à ce qui précède, je dois dire que préalablement à l'intervention définitive dans cette catégorie de cas j'essaie

longuement, et par tous les moyens, d'obtenir la cure des lésions inflammatoires.

En cas de succès de ce côté deux avantages sont obtenus : 1° on peut juger de l'importance et de la gravité des symptômes morbides persistants ; 2° on peut s'abstenir de pratiquer l'ouverture de l'abdomen.

Les indications dès lors pour l'opération visant uniquement la déviation débarrassée des lésions accessoires, cessent d'être théoriques pour devenir éminemment rationnelles et défier toute discussion.

Malheureusement il n'est pas permis d'affirmer que la guérison des lésions inflammatoires siégeant dans le bassin, surtout si elles sont d'ancienne date, soit toujours obtenue par les procédés de douceur préalables. Ces procédés exigent aussi, sauf exception pour les annexites récentes, une longue temporisation. L'ouverture de l'abdomen s'impose donc pour une certaine proportion de cas. C'est à des récidives de salpingo-ovarite mal ou insuffisamment guéries que j'ai dû d'observer quelques échecs par le raccourcissement des ligaments ronds dans les premières années que je pratiquais cette opération.

Toutefois, le plus grand nombre des cas ne récidive pas, et c'est avec un grand bénéfice que, chez les femmes accouchées depuis quelques mois seulement et affectées de rétrodéviation avec annexite peu adhérente, ou chez des femmes atteintes de lésions salpingo-ovariques plus anciennes, mais déjà en voie de guérison, j'ai pu me contenter d'opérations pratiquées par l'extérieur, ou de traitements plus simples encore.

J'ai pratiqué dans des circonstances variées, mais répondant aux formes visées ci-dessus, 33 hystéropexies directes ou indirectes, c'est-à-dire la suture de l'utérus seul à la paroi abdominale, ou la suture des ligaments ronds raccourcis, dans la plaie, ou la combinaison des deux, que j'ai le premier exécutée en 1890 (Th. de Baudoin).

Ma conclusion générale sur les rétrodéviations compliquées de lésions inflammatoires utérines ou pelviennes est donc que :

1° Il faut s'efforcer d'abord, par une thérapeutique d'attente, d'obtenir la preuve que le déplacement seul, débarrassé de tout autre élément morbide est bien la cause de troubles persistants. Cette preuve sera obtenue le plus souvent.

2° La disparition temporaire ou définitive des symptômes, concurremment à la disparition des lésions, indique qu'il faut bien

tenir à une thérapeutique d'attente ; sans négliger toutefois de recourir à l'emploi du pessaire, en vue de la restitution intégrale de la statistique pelvienne normale d'abord, mais surtout en vue de rétablir la possibilité du fonctionnement physiologique et de faciliter la fécondation et le cours régulier de la menstruation. La négligence de l'emploi du pessaire, ou une application défectueuse de cet appareil, ou sa suppression prématurée ramènent trop souvent les troubles un instant disparus ; et la permanence comme le retour de la déviation créent un état antiphysiologique défavorable à la menstruation et à la fécondation autant que fâcheux pour l'intégrité du rôle mécanique du plancher pelvien.

3° En cas d'échec de cette thérapeutique minima, la question reste entière. L'expérience montre que s'il existe des lésions pelviennes et des adhérences utérines, il faut se tourner du côté des opérations qui permettent d'attendre et de guérir ces lésions et en même temps de réduire définitivement l'utérus.

Dans les cas tout à fait simples où il ne s'agit que de métrite, la combinaison des opérations sur l'endométrium et le col doit s'effectuer avec celles qui visent la réduction et la fixation de l'utérus par l'extérieur, c'est-à-dire le raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds.

Comme considération extrêmement importante, j'ajoute que chaque fois que le traitement *minimum,* tel qu'il a été envisagé, contre les lésions de l'utérus ou des annexes comporte un acte ayant un caractère nettement chirurgical, c'est-à-dire une opération véritable avec ses ennuis et ses conséquences pour la malade, c'est une faute que de se limiter à ce minimum ; il convient au contraire d'aller jusqu'au bout des indications et d'assurer toujours la réduction définitive de l'utérus par un procédé approprié, ce qui dispense de l'usage du pessaire qui n'est point sans inconvénient.

Ici la multiplicité et le nombre des opérations combinées n'est plus un excès chirurgical, car loin de dépasser le but, comme le font les mutilations inutiles, elle devient la conséquence logique des indications tirées de l'état morbide considéré dans tous les éléments sans exception, et permet d'atteindre l'idéal physiologique, tout en restant l'idéal conservateur.

II

Il est une deuxième catégorie de rétrodéviations dues à la faiblesse native ou acquise des ligaments. Dans cette catégorie, c'est l'élément musculaire, surtout, non l'élément fibreux comme on l'a dit, qui se trouve soit foncièrement soit accidentellement affecté.

La déviation *de faiblesse* existe, au même titre que la déviation nerveuse tenant à une parésie temporaire de la musculature pelvienne.

La première est rarement curable, autrement que par des opérations combinées en vue de réparer les désordres associés de la déviation en arrière et de la chute concurrente des parois vaginales affaiblies.

Je n'ai obtenu de résultats positifs et durables que par l'emploi simultané de ces procédés.

J'ai observé dans ce cas l'échec habituel des pessaires. J'ai rencontré même des femmes chez lesquelles le port de ces appareils, dont les dimensions augmentées progressivement pendant de longues années, au fur et à mesure de leur insuffisance, avait déterminé des déformations génitales excessives, sans avoir corrigé la déviation ni modifié notablement les symptômes morbides.

La déviation accidentelle, d'origine exclusivement ou partiellement névropathique que j'ai signalée depuis longtemps est passible au contraire de tous les traitements non opératoires et guérit souvent à la suite de l'amélioration de l'état nerveux morbide.

Elle est toujours améliorée de ce fait, sinon toujours guérie.

III

La catégorie la plus fréquente des rétrodéviations est celle qui a une origine traumatique et il est regrettable que cette vue n'ait pas été signalée dans les considérants qui ont été apportés ici pour servir de base à la thérapeutique. C'est en effet dans ces cas qu'éclate la réalité des troubles dépendant exclusivement du déplacement de l'utérus. Les traumatismes obstétricaux, les opérations, les anomalies de l'accouchement en sont la cause la plus fréquente. Je me dispenserai de l'énumérer en détail. Je ne ferai que signaler les traumatismes accidentels, non obstétricaux, amenés sur les liga-

ments, ou les éléments fibreux et musculaires du bassin par une chute, un effort violent, etc.

Je ferai remarquer en outre que souvent ces violences accidentelles qui semblent causer la déviation au moment même, ne font qu'accentuer un état existant, mais encore virtuel, et modéré.

Revenant aux vrais traumatismes obstétricaux, il faut reconnaître qu'ils sont de degrés divers, allant depuis la simple distension exagérée des tissus, jusqu'aux écaillures et aux déchirures complètes de ces mêmes tissus.

Leur siège porte sur des régions différentes; — elles s'exagèrent sur certains points d'une façon plus marquée; — les aponévroses pelviennes, les ligaments antérieurs, postérieurs et latéraux de l'utérus, les muscles volontaires tels que le releveur anal et les muscles du périnée, le col utérin, les parois du vagin, etc., sont lésés simultanément, ou isolément. Ce n'est pas le lieu d'insister.

Or chacun de ces éléments a un rôle à jouer dans la statique de l'utérus. Du fait de leur altération, cette statique est compromise plus ou moins sérieusement, cela est indubitable.

Tout traumatisme obstétrical n'est pas suivi de lésions définitives, fort heureusement. Il peut se réparer et rester sans conséquences. Les traumatismes légers, mais répétés dans des accouchements successifs et mal réparés, créent à la longue les cas pathologiques persistants, au même titre que les grandes déchirures produites par les grandes violences obstétricales.

J'ajouterai enfin que les déviations de cet ordre se compliquent assez souvent des *lésions inflammatoires* envisagées isolément tout à l'heure. Cette combinaison ne fait rien perdre aux conclusions déjà émises; tout au contraire, les nouvelles conclusions qui vont suivre, doivent être appliquées par surcroît aux cas de la première catégorie, tout comme celles qui visaient ces cas précis gardent toute leur valeur pour la présente catégorie.

Cela me dispense de m'égarer en dehors des déviations purement traumatiques, et de me limiter aux considérations qui leur appartiennent en propre.

Tout d'abord il importe, au point de vue du traitement, de les bien diviser en *rétrodéviations* récentes et en *rétrodéviations invétérées*.

A. — Les premières sont parfois susceptibles de guérison par les moyens orthopédiques; c'est un jugement auquel j'adhère entièrement.

Mais après expérience faite pour chaque cas de l'emploi de ces moyens auxquels on peut ajouter le massage et les autres ressources thérapeutiques analogues, la gynécologie opératoire doit nécessairement intervenir, en cas d'échec. Quelle doit être l'intervention ?

Il est difficile de faire de bonne thérapeutique sans établir au préalable une bonne pathogénie.

De l'étude détaillée des lésions élémentaires doit se déduire l'indication sériée du traitement.

Je me sépare entièrement de ceux de mes collègues qui veulent qu'on adopte un précepte uniforme pour tous les cas.

Je ne puis donc adopter les conclusions de M. Pozzi, qui, exagérant à mon avis la fréquence et l'importance de la *métrite,* y voit le principal élément pathologique à supprimer, et y ajoute, dans les cas de lacération perinéale, la colpopérinéorrhaphie, en insistant sur la nécessité de réduire l'orifice vulvaire aux moindres proportions possibles, parce que là est, pour lui, un des principaux inconvénients de la maladie.

Cette manière de procéder qui prétend à la simplification du traitement, m'a donné de nombreux mécomptes au début de ma pratique. C'est la méthode exclusivement employée jusqu'en 1884, époque où l'on réhabilita le procédé opératoire de réduction durable de l'utérus par l'opération d'Alexander. Auparavant en effet on se bornait aux opérations plastiques d'après les méthodes allemandes, en y ajoutant suivant les cas, les opérations sur le col utérin.

Je ne puis accorder réellement qu'un point sur lequel semble s'être exclusivement fixée l'attention du rapporteur ; c'est que, dans les formes récentes, où la rétrodéviation est intermittente, disparaissant aujourd'hui, se reproduisant demain, par l'effet d'une fatigue ou d'un simple décubitus, la méthode ancienne peut réussir. Dans ces cas, où l'étape franchie par la lésion n'est pas encore considérable, où il s'agit de *mobilité anormale* de l'utérus, si l'on préfère ce mot, il suffit de restaurer le plancher pelvien pour arrêter l'évolution des troubles mécaniques et enrayer la dislocation; tout au moins pour maintenir la déviation à un degré tolérable. Mais et j'y insiste, ces cas ressortissent aux faibles degrés de la déviation presque toujours associés à la descente de la matrice.

Il s'agit alors d'un utérus qui s'abaisse parce que ses moyens de suspension sont affaiblis. Le prolapsus de l'organe augmentant progressivement, après une période d'oscillations d'une durée variable, il se rétrodévie par l'unique raison que, en vertu de lois mécaniques

connues, le plancher pelvien fléchissant de plus en plus, l'utérus ne peut descendre qu'en se plaçant dans l'axe de l'ouverture vaginale ; il ne peut obéir au mouvement de propulsion que lui communique la pression abdominale qu'en s'engageant dans la seule voie de sortie qui lui est offerte. A ce moment, et suivant les circonstances, ou bien il se hernie rapidement vers la vulve, et ce qu'on observe alors, c'est un prolapsus plus accentué ; ou bien il se luxe en arrière et bascule définitivement dans le Douglas. A partir de cet instant, les ligaments antérieurs et postérieurs ont subi le maximum de tiraillement et sont perdus pour le maintien de l'organe. Mais il est aisé de concevoir que si l'opération intervient avant ce moment si périlleux pour la statique utérine, s'il se trouve en présence justement de la période d'oscillations, une bonne opération sur le col et une colpopérinéorrhaphie bien faite arrêteront le mouvement de descente et allégeront le poids de la matrice. Les ligaments encore actifs et susceptibles de recouvrer leur ressort primitif, grâce à l'aide que leur apporte cette double intervention, reprennent alors leur rôle normal ; les ligaments ronds attirent le fond en avant, les ligaments utéro-sacrés ramènent le col en arrière et sans effort désormais, soutiennent leur rôle physiologique qui consiste, non pas à suspendre la matrice, mais à limiter les déplacements physiologiques en avant et en arrière que lui impose le jeu des organes voisins, la vessie et le rectum. C'est ainsi qu'agissent le pessaire, les tampons, les réductions répétées à la sonde, aidés du massage qui ranime et excite l'action nerveuse sur les ligaments dont la structure est musculaire il ne faut pas l'oublier. Assurément la colpopérinéorrhaphie est préférable à ce moyen, car elle reconstitue définitivement le support pelvien.

Voilà les limites que je dois, de par les faits, assigner à l'action de cette méthode opératoire incomplète et à toutes les interventions incomplètes de même ordre.

Leur succès est même dans des cas favorables en apparence, fort problématique. Je les ai vues échouer quelquefois.

Il ne dépend pas toujours en effet du gynécologue de savoir si le mal est ou n'est pas trop ancien, de juger exactement de l'état actuel des ligaments ni d'assurer qu'ils pourront reprendre leur rôle ultérieurement.

Un bon nombre d'échecs sont là pour répondre négativement.

Et alors la maladie reste entière en ce qui concerne la dislocation utérine, encore que le remède ait pu améliorer certains symptômes.

On dit alors que les malades souffrent moins ou ne souffrent pas d'une façon constante, ou ne souffrent plus du tout. Peut-on dire que d'autres symptômes que la douleur aient également disparu? La dysurie, la compression du rectum, l'incapacité pour un travail régulier, les réflexes nerveux, les troubles menstruels, l'inaptitude à la fécondation ne persistent-ils pas plus ou moins?

Assurément si. Là est la vérité pour beaucoup de cas dans lesquels la rétrodéviation, en tant que dislocation n'a pas été visée par l'intervention et il faut bien qu'il en soit ainsi puisque dès longtemps on adjoignait le pessaire aux opérations plastiques, et puisqu'on a senti plus la nécessité de compléter celle-ci par la fixation de l'utérus en avant par une opération complémentaire.

Ma conclusion est donc que c'est là une méthode quelquefois bonne, souvent insuffisante, pour assurer la guérison. Et j'ajoute encore ici que puisque cette méthode est de nature chirurgicale, l'indication logique est de la faire aussi complète que possible pour peu que le pronostic du succès soit douteux, par conséquent de la compléter par la *fixation* du fond de l'utérus en avant.

B. — Pour les cas où la rétrodéviation est invétérée et où le fond de l'utérus, refoulé en bas de plus en plus, a profondément défoncé et élargi le cul-de-sac de Douglas, où il a même repoussé en avant la sangle du releveur et où il fait saillie sous la paroi vaginale postérieure; pour les cas, plus accentués encore, où cette paroi postérieure se hernie vers la vulve, en même temps que le fond de l'utérus renversé, les opérations plastiques sont matériellement insuffisantes et inefficaces.

A plus forte raison, si la paroi vaginale antérieure est elle-même affaiblie et affaissée, le col utérin hypertrophié et l'isthme allongé, le périnée lacéré partiellement ou complètement, sans préjudice de complications inflammatoires.

Pour toutes ces espèces, l'obligation sous peine d'échec, d'associer les opérations plastiques à la fixation de l'utérus après réduction, devient formelle.

Après douze années d'expérience et l'observation d'un grand nombre de cas, ce précepte des *opérations combinées* que j'ai le premier tracé en 1887 au Congrès de New-York avec une série de 15 cas à l'appui est devenu une règle impérieuse.

Relever une à une chacune des lésions résultant du traumatisme ou de l'inflammation, apprécier par les procédés cliniques l'état de chaque élément intéressé à la statique pelvienne et utérine, apprécier

aussi exactement que possible le degré de chaque lésion et établir le programme opératoire, tel est le principe de ma conduite thérapeutique.

Chaque intervention n'est pas ici une opération, mais bien un temps opératoire ; donc peu importe l'importance de la série si elle est raisonnablement exécutable en une séance qui ne dépasse pas une heure et demie pour les plus compliquées.

Les opérations de ce genre les plus complètes que j'aie été amené à exécuter se composaient :

1° du curettage utérin ;

2° de l'opération plastique de Schrœder sur le col ;

3° de la colporrhaphie antérieure ;

4° de la colpopérinéorrhaphie avec obligation, dans cinq cas, d'extirper une glande vulvo-vaginale suppurée ;

5° du raccourcissement des ligaments ronds ou de l'ouverture de l'abdomen, pour l'ablation unitérale des annexes malades suivie de l'hystéropexie.

Mais ces combinaisons opératoires sont exceptionnelles, fort heureusement, car elles réclament le maximum de temps, soit une heure un quart à une heure et demie. Il est à noter que l'on peut restreindre beaucoup la quantité de chloroforme et que la perte de sang est insignifiante.

Je ferai remarquer néanmoins que la plupart des temps sont facilités singulièrement par la lésion même, comme l'opération plastique de Schrœder qui peut se faire en dix à douze minutes sur un col qu'on abaisse à volonté.

Le curettage n'exige guère que cinq ou six minutes.

La colporrhaphie antérieure n'est pas une opération longue.

Quant à la colpopérinéorrhaphie, le temps le plus long, je l'ai remplacé par la colpopérinéoplastie par glissement, qui est une opération facile et singulièrement rapide, à laquelle je trouve cet autre avantage de ramener en avant et de tendre utilement le faisceau uniforme du releveur.

Quant au temps ultime qui consiste à fixer l'utérus en avant, sa longueur dépend du choix du procédé et c'est ici que se placerait la discussion du choix entre les différents moyens dont les uns consistent à reporter le col utérin en arrière par le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés ; dont les autres consistent à ramener le corps en avant par 1° le raccourcissement des ligaments ronds soit à l'anneau inguinal, soit par le ventre, soit par la cœliotomie vaginale

antérieure; 2° la suture de la face antérieure et non du fond de l'utérus à la paroi abdominale, à des hauteurs différentes, par la laparotomie; 3° la suture de l'utérus à la vessie ou au vagin par la cœliotomie antérieure.

Enfin quelques auteurs ont proposé de combiner par la laparotomie le raccourcissement des ligaments ronds et des ligaments utéro-sacrés simultanément; récemment la même combinaison a été pratiquée par la voie vaginale grâce à l'ouverture successive des deux culs-de-sac du vagin.

Je n'ai aucune expérience de ces opérations par le vagin. Deux motifs m'en ont toujours éloigné: d'abord le raisonnement où j'ai puisé des arguments contre ces pratiques qui semblent se discréditer aujourd'hui par les dangers qu'elles font courir à la parturition; ensuite ce fait bien simple que je me suis toujours très bien trouvé de ma pratique de l'opération d'Alquié-Alexander et de l'hystéropexie, et n'ai point ressenti la nécessité de chercher mieux ou plus nouveau.

Je dirai de suite pour n'y plus revenir que je réserve l'hystéropexie à la rétrodéviation compliquée d'annexité ou de tumeurs abdominales quelconques. Je pratique la suture assez bas sur la face antérieure de l'utérus pour ne point qu'elle gêne ultérieurement le développement gravidique de l'organe. Dans mes opérations je ne connais pas d'accident du genre de ceux qui ont été signalés ici: Deux malades, l'une opérée par Albarran, l'autre par Pichevin ont récemment accouché dans mon service de la Pitié sans complication. Dans un cas de paroi abdominale très relâchée et amincie, chez une femme de très petite taille, j'ai observé une profonde ombilication de la cicatrice et j'ai pu constater plus tard en opérant son éventration que l'adhérence extra-péritonéale s'était convertie en une pédicule mince de plusieurs centimètres de longueur, comme chez des malades de Jacobs.

L'inventration et l'allongement de l'adhérence suivie du retour de l'utérus en mauvaise position est presque toujours la conséquence de ce qu'on a négligé de restaurer le support de l'utérus, le plancher pelvien.

Avec cette précaution et une bonne suture, la fixation résiste bien même à des grossesses répétées sans avortement, ni accouchement prématuré.

Néanmoins, l'hystéropexie est une opération qui crée une anomalie; elle est antiphysiologique, et bien qu'on se plaise peut-être à

en exagérer les conséquences, elle doit être une opération de nécessité, et non de choix. Inutile sans doute après l'ablation bilatérale des annexes, il est prudent de fixer l'utérus après l'ablation seulement unilatérale ou la rupture des adhérences utéro-pelviennes.

A la suture directe de l'utérus à la paroi, je préfère et je crois meilleur encore le raccourcissement des ligaments ronds par fixation et suture dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

J'avoue cependant que souvent le scrupule et la crainte de ne point assurer suffisamment le succès de cette façon, m'a rendu méfiant pour cette technique employée seule et que j'ai associé volontiers les deux manières de faire.

Pour l'opération d'Alquié-Alexander, j'en suis resté depuis 1885 un partisan fervent.

Avec les deux rapporteurs américain et allemand, les docteurs Polk et Küstner, je considère cette opération comme très sûre et à peu près toujours exécutable par la voie inguinale. A défaut de celle-ci la voie abdominale ne me répugne aucunement, mais je place la voie inguinale en première ligne, à cause qu'elle est extérieure, mieux acceptée par les malades et tout aussi simple. Elle ne laisse d'ailleurs qu'une cicatrice insignifiante cachée par les poils du pubis et invisible. Je l'ai pratiquée environ cent cinquante fois.

Elle n'a jamais été suivie, à ma connaissance, chez mes opérées dont j'ai pu obtenir des nouvelles récentes, de douleurs locales ni de hernies ; les premières s'évitent par la résection soigneuse des filets nerveux, au moment de l'opération, et la hernie par la fermeture très exacte de l'orifice inguinal ainsi que du trajet par du catgut résistant.

Une bonne asepsie met à l'abri de la suppuration ; il faut y ajouter l'occlusion absolue de chacune des plaies par un pansement antiseptique collodionné. Une bonne suture réunissant les tissus profonds au ligament prévient les décollements et l'infiltration sanguine.

Ces derniers inconvénients de l'opération, observés de temps à autre par moi au début de ma pratique, ont disparu avec une meilleure technique.

Les suites éloignées de l'opération n'ont aucune conséquence pour la gestation, en même temps que, sans conteste possible, le redressement utérin favorise la fécondation chez les femmes stériles.

Les quelques échecs que j'ai observés à mes débuts, ont tenu à ce que le retour de la rétrodéviation a été le fait d'adhérences anciennes,

ce qui m'a fait renoncer à la voie inguinale et préférer la voie abdominale pour ces cas.

Un dernier point reste à liquider.

Même avec le raccourcissement des ligaments ronds, si le fond de l'utérus est bien ramené en avant, le col, dans certains cas, ne revient point suffisamment en arrière. L'utérus est en quelque sorte suspendu presque verticalement. C'est lorsque le cul-de-sac de Douglas est profondément défoncé et qu'il existe une colpocèle rétro-cervicale très accentuée, à laquelle le procédé rapide de la colpopérinéoplastie ne touche pas.

C'est pour ces cas qu'on a imaginé la résection du cul-de-sac vaginal postérieur suivi de la suture ; cela équivaut à réséquer les ligaments utéro-sacrés eux-mêmes, puisque, en fait, le col est reporté vers le sacrum et qu'à la longue les cordons musculaires se reconstituent. Mais, ainsi que l'a fait remarquer Sänger en 1891, l'opération que j'ai été amené à proposer et que j'exécute dans ces cas, à savoir la *colporrhaphie rétro-cervicale* large qui, en somme, supprime toutes les couches du cul-de-sac, sauf le péritoine, donne un résultat identique.

Je la pratique donc d'abord et je la complète ensuite en avant par mon procédé de périnéoplastie par glissement. Ce sont deux opérations plastiques isolées sur la même paroi postérieure du vagin, mais leur exécution est encore plus rapide que la colpo-périnéorrhaphie ancienne par les méthodes de Schröder ou de Martin.

De plus la colporrhaphie rétro-cervicale se satisfait de la suture au catgut et la colpopérinéoplastie ne nécessite que des sutures extérieures, ce qui supprime l'ablation ultérieure des fils et simplifie les suites opératoires.

Par cette association opératoire quand elle est jugée nécessaire, l'utérus est reporté et fixé en position absolument normale et suivant les lois physiologiques.

Les traumatismes se trouvent réparés et l'action est rendue aux ligaments qui auparavant affaiblis, allongés, inertes, sont réduits une fois raccourcis à leur portion musculaire et reçoivent une insertion nouvelle tout à fait solide.

Je termine par cette conclusion : que la simple fixation de l'utérus par un quelconque des procédés connus est insuffisante dans les formes dont je m'occupe si on n'y ajoute pas les opérations plastiques. Les deux méthodes ne peuvent point suppléer l'une à l'autre ; loin de s'exclure, elles doivent se compléter nécessairement. Elles cons-

tituent ma méthode déjà ancienne des opérations combinées qui a fait le sujet de publications et de communications successives remontant à dix ans. C'est aussi le principe adopté par mes élèves.

J'ai à peu près constamment reconnu les effets fâcheux de la négligence d'un seul des temps opératoires, quand l'indication en existait au moment de l'intervention.

Il m'est arrivé d'avoir à faire des traitements complémentaires soit sur quelques-unes de mes premières opérées soit sur des malades opérées par d'autres chirurgiens.

Ces expériences m'ont rendu de plus en plus scrupuleux dans l'application du traitement combiné.

Ainsi complet et exécuté, il réalise l'idéal thérapeutique ; disparition de tous les symptômes morbides sans exception ; — restitution des organes en l'état normal ; — restitution des fonctions physiologiques ou amélioration de ces fonctions.

Je compte dans ma statistique, plusieurs femmes stériles jusque-là, qui ont eu jusqu'à trois ou quatre grossesses heureuses.

Je supprime les détails de la statistique, pour ne point exagérer la longueur de cette communication.

M. le Dr **A.-O. Lindfors** (d'Upsala). — Je crois que, dans les dernières années et surtout en Allemagne et en Amérique, on a fait beaucoup trop d'opérations de fixation, et je crois que c'est nécessaire de restreindre et de préciser beaucoup mieux les indications pour ces opérations. Dans la majorité des cas, la rétrodéviation *mobile* non compliquée reste sans symptômes et sans conséquences et ne réclame point d'opération chirurgicale. Dans les cas exceptionnels, où il existe des symptômes qui indiquent que la matrice est la cause de la maladie, on doit instituer un traitement local gynécologique contre la métro-endométrite éventuelle selon les règles bien connues, c'est-à-dire par les scarifications, le massage, le curettage, les incisions, etc., ou contre le déplacement par des pessaires appropriés. Si malgré tout les symptômes persistent et si je me décidais — ce qui ne m'est pas encore arrivé — à faire une opération de fixation, en cas d'utérus mobile, je choisirais l'opération d'Alexander, modifiée par Kocher.

Au contraire, dans tous les cas, où l'on a à faire à une rétrodéviation fixée, c'est la fixation et les conditions morbides déterminant celle-ci, qui produisent les symptômes pathologiques. Le but de notre traitement consiste alors à libérer l'utérus, à le rendre mobile, par conséquent à faire disparaître les exsudats, à ramollir les adhérences

cicatricielles ou à les rompre. Cela se fait le mieux par le massage d'après Thure Brandt seul ou combiné avec d'autres méthodes non-opératoires. Après la mobilisation de la matrice il faut compléter le traitement par les méthodes communes s'adressant à la stase veineuse, l'hypertrophie, la sécrétion plus abondante, etc., ou contre les déchirures du périnée.

Il existe cependant des cas pour lequels pour diverses raisons un tel traitement lent devient impossible, et on pourra alors discuter l'indication d'une opération de fixation. Parmis toutes ces opérations je donne la préférence à la *ventrofixation* d'après Léopold avec la seule modification de placer la suture de fixation sur un plan plus bas de la surface utérine antérieure, c'est-à-dire vers le milieu de l'utérus.

Quant au prolapsus je préfère aussi cette méthode et j'ai vu même une grossesse multiple se terminer heureusement après une ventrofixation pratiquée de cette manière.

Au reste la grande différence entre la rétrodéviation simple et le prolapsus est que la première est ordinairement le précurseur du second, mais il n'est pas nécessaire que chaque rétroversion soit suivie d'un prolapsus.

M. le Dr **A. Palmer Dudley**, (New-York). — Mr. President and Gentlemen.

I labor under the misfortune of being unable to speak french, therefore what I have to say will interest only those of you who can understand me. It is my belief that nature never intended that the uterus in woman should be fastened to ther anterior abdominal wall by any means whatever, if so, she would have made wise provision for the same. For that reason I believe that the ideal operation for the cure of retro-displacements of the uterus has not yet been devised, and will not be, as no one operation in my judgement can be applied to all cases. As those who have discussed the subject today have amply demonstrated. Many operators favor one method, while thus with equally as good reason favor another, but each method, so far devised is limited in its application. Alexander's operation is useful, only, when the surgeon can be sure that he has to deal with a movable uterus, unattended by peri-uterine desease, but he is a wise man who can always be sure of that and the disadvantages of this operation are so numerous, including the necessity of a double scar upon the abdomen, possibility of hernia, breakage of the ligament in extracting it, the

presence of tubal and ovarian desease with adhesions unrecognized and the complications liable to attend pregnancy, makes this operation one that I have long since abandoned.

Hysteropexie also is an uncanny method of procedure, for it only changes one pathological condition for another, and many times leaves the woman in a worse condition than she was before — while hysterectomy, although it cures the woman of her pelvic trouble, does it at the expense of all her generative organs, therefore let us try to devise some method, which will relieve the woman, and save her form the dangers I have enumerated without the loss of her organs.

Time will not allow me to discuss the subject as I should like — therefore I will confine myself to one method of operation which I have devised where adhesions exist about the uterus, and ther e is not sufficient desease about the appendages to warrant their removal.

I have applied the term picnocis to it, as it is neither an Alexander or hystero-pexie. The stips of the operation are as follows. A small incision trough the abdominal wall is made. All adhesions about the uterus, round ligaments and appendages are broken up, and the body of the uterus brought into view and a small oval denudation is made upon the anterior wall of the uterus, near the fundus; the round ligaments are then brought up, and the peritoneal covering removed form a portion of each ; the two ligaments are then solded together and stitched to the denuded anterior wall of the uterus.

The uterus is then allowed to drop back into the abdomen, and the incision closed. I descrived the method of operation in an article published in New-York a number of years ago, at that time I reported five cases which I had watched for variable lengths of time. Since their I have made the operation five times more, making ten in all, and so far, the result has been good — with no return of the displacement and one woman among the number has been delivered of a child, and the uterus did not retrovert.

M. le Dr **G.-M. Edebohls**, (New-York). — In the surgical treatment of retrodeviations of the uterus that method of procedure should receive the preference, which (a) best restores the normal physiological anteversion of the uterus, and (b) interferes least with the course of future childbearing and childbirth.

Extraperitoneal shortening the round ligaments, properly performed, fulfils these indications ideally and in a manner far superior to that of rival procedures.

Shortening the round ligaments is the only operation not depending for success upon the establishment of more or less extensive, more or less firm, peritoneal adhesions. It is the only operation by which the retro-displaced uterus is brought into normal physiological anteversion. It is free from the disturbances and disasters of future pregnancy and parturition which are on record as having followed vaginal and ventral fixation of the uterus, its chief rivals.

Shortening the round ligaments is, therefore, indicated and should be the operation of choice in retro-deviations of the uterus, whenever and wherever it will meet the indications as well as, or better than, one of the rival procedures.

In uncomplicated cases of retroversion and retroflexion of the uterus it constitutes the operations *par excellence.*

In retro-deviations complicated by adhesions in women liable to future pregnancies, shortening of the round ligaments should be employed, after separating adhesions by colpotomy, median cœliotomy or incision of the peritoneum at the internal inguinal ring.

In retrodeviations with adhesions where future pregnancy is an impossibility, ventral fixation of the uterus as being the easier operation, may be substituted for shortening the round ligaments.

Vaginal fixation of the uterus should never be performed, under any conditions, upon a woman liable to future pregnancies.

Shortening the round ligaments is the only oporation by which the retro-displaced uterus can be brought into normal and physiological anteversion, wihout establishing always-pathological peritoneal adhesions. All other retroversion operations depend for their success upon more or less extensive, more or less firm, peritoneal adhesions.

Shortening the round ligaments, in capable hands, is as safe and as successful as the other retroversion operations.

Shortening the round ligaments is absolutely free from the disturbances and disasters of future pregnancy and parturition which are on record as having followed vaginal and ventral fixation of the uterus, its chief rivals.

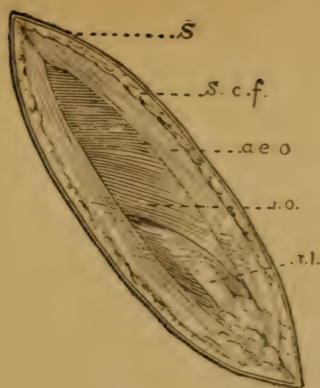


FIGURE 1.

Fig. 1.

Incision, 5 ctm. long, through aponeurosis of external oblique, laying open inguinal canal from external to internal ring and exposing internal oblique muscle and round ligament. The ligament is more or less concealed according to greater or less development of internal oblique. S., skin; s. c. f., subcutaneous fat; a. e. o., aponeurosis of external oblique; i. o., internal oblique; r. l., round ligament.

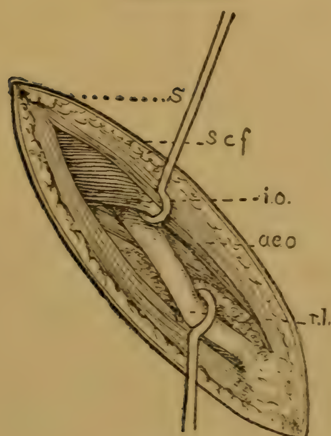


FIGURE 2.

Fig. 2.

Isolating round ligament from its attachments in inguinal canal. S, skin; s. c. f., subcutaneous fat; i. o., internal oblique; a. e. o., aponeurosis of external oblique; r. l., round ligament.



FIGURE 3.

Fig. 3.

Drawing round ligament out of abdomen and stripping back investing peritoneum of broad ligament. i. o., internal oblique; s. c. f., subcutaneous fat; P, peritoneum; r. l., round ligament; a. e.o., aponeurosis of external oblique; S, skin.

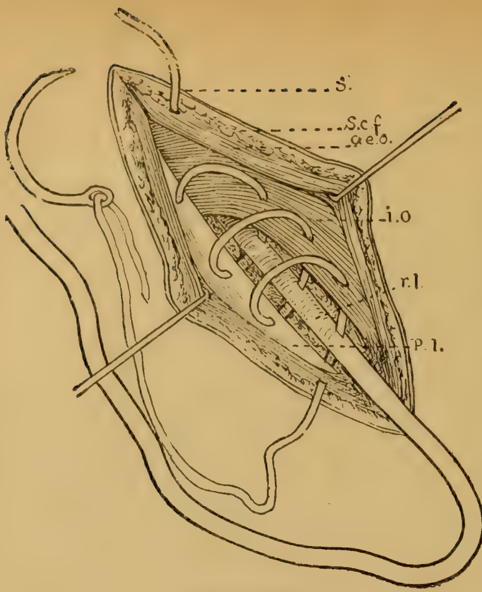


FIGURE 4.

FIG. 4.

Deep tier of buried running suture of forty-day catgut, embracing internal oblique and transversalis muscles, round ligament and Poupart's ligament. Deep part of uppermost loop of suture (not showing in cut) passes at level of and embraces margins of internal ring. S., skin; s. c. f., subcutaneous fat; a. e. o., aponeurosis of external oblique; i. o., internal oblique; r. l., round ligament; P. l., Poupart's ligament.

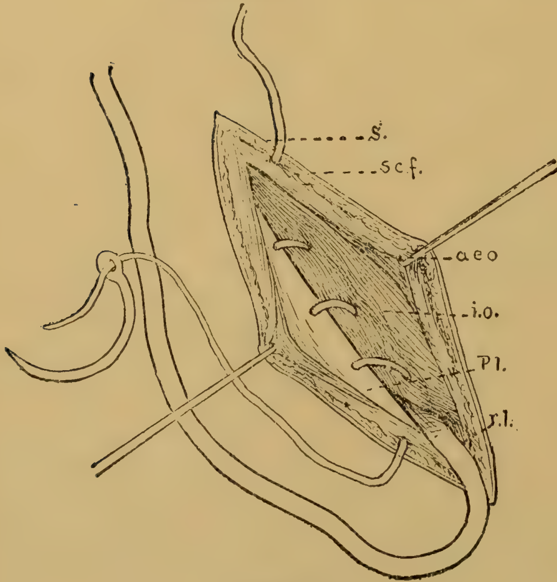


FIGURE 5.

FIG. 5.

Deep tier of suture drawn home, obliterating inguinal canal. S., skin; s. c. f., subcutaneous fat; a. e. o., aponeurosis of external oblique; i. o., internal oblique; P. l., Poupart's ligament.

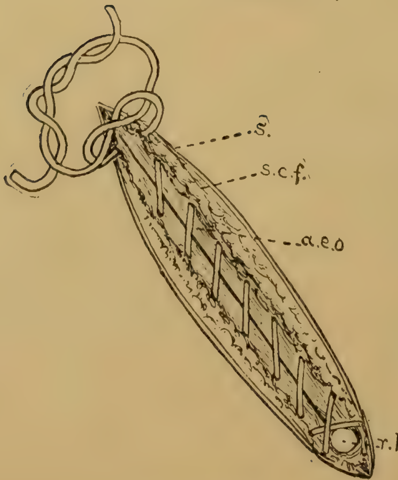


FIGURE 6.

FIG. 6.

Superficial tier of buried suture of forty-day catgut closing incision through aponeurosis of external oblique, restoring anterior wall of canal. The excess of round ligament has been cut away just outside of external ring. The part protruding through ring together with pillars of external ring pierced by lowest loop of superficial suture. Loose knot at upper end shows proper way of tying buried catgut knot to prevent slipping. Skin and fat to be closed over all by a subcutaneous catgut suture.

Shortening the round ligaments is, therefore, indicated and should be the operation of choice whenever and wherever it will meet the indications as well as, or better than, one of the rival procedures.

Shortening the round ligaments is indicated:

a) In all uncomplicated cases of retroversion and retroflexion of the uterus requiring operative treatment.

b) In extreme and aggravated cases of anteflexion of the uterus.

c) In cases of retroverted, anteflexed uteri without adhesions.

d) In simple prolapse of the ovaries when that condition calls for treatment.

e) In cases of adherent retro-displaced uteri, with or without adhesions of tubes and ovaries, these organs being otherwise in condition to call for their conservation. The adhesions are first to be severed by colpotomy, median cœliotomy, or an incision through the peritoneum at the internal ring.

Shortening the round ligaments does *not* compare in efficiency with ventral fixation of the uterus as a prolapsus operation.

Shortening the round ligaments should always be immediately preceded by curettage of the uterus. Other operations may be associated according to the indications in the particular case.

The round ligament is never absent. It may, however, after emerging from the internal inguinal ring, run an erratic course to an abnormal insertion, (in the writer's experience in about two per cent. of cases).

Shortening the round ligament is best performed by opening the whole length of the anterior wall of the inguinal canal, drawing the ligament out at the internal ring, really shortening the intra-abdominal portion by stripping back the investing peritoneum, and closing the wound after the manner of the Bassini operation for the radical cure of inguinal hernia, leaving and securing the shortened ligament in its natural habitat behind the lower edge of the internal oblique.

Of the author's 116 cases, four were absolute failures. In one of these the operator failed to find the round ligament on one side; failures two and three were due to sloughing of the ligaments; failure four to unrecognized adhesions of one ovary which pulled back the round ligament of that side into the abdomen within a month. Two of these four patients were subsequently cured, one by vaginal and one by ventral fixation of the uterus. There were

five relative failures, due to giving way of one round ligament within the abdomen. In each of the five patients ventral fixation was immediately substituted, with resultant cure of the retroversion. The writer preferred this course to trusting to one shortened ligament to hold up the uterus. One patient died within a week after operation of acute gangrænous appendicitis with septic peritonitis.

In the remaining 106 patients the uterus remained in normal anteversion when last examined, the period of observation varying from one month to six and a half years after operation, and averaging over sixteen months for each of the 106 cases.

The writer is convinced that these results can be improved upon.

Twelve pregnancies are known to have followed in the successful cases. Of these, two terminated in abortion; six had normal labors and deliveries at term. In all of these eight the uterus remains anteverted. Four are comfortably pregnant near term at the present writing.

M. **Kellogg** (Battle Creek). — The purpose of this brief paper is to describe a method of operation for the shortening of the round ligaments of the uterus with the view of correcting retro-displacements of the organ, whereby the operation may be quickly, safely, and successfully performed, and which is free from the various objections which have been brought against this operation as a mean of correcting retro-displacement. This method of operation I have employed during the last nine years, after having, for one year previously employed the method described by Dr. Alexander, of Liverpool, with various modifications. I first described the method in a paper read at the Cincinnati meeting of the American Medical Association, May 1888, and later in a paper presented at a meeting of the American Association of Obstetricians and Gynecologists.

The operation may be described in three steps, as follows:

1. *Incision.* — Starting at a point about two inches above the center of the external ring and close to the border of Poupart's ligament, an incision two centimetres long is made downward and inward parallel with Poupart's ligament. In very fleshy subjects it is sometimes necessary to make the incision 3 centimetres in length. In very thin subjects an incision of 1,5 centimetres is sufficient. The first cut should not be made too deeply, as it is desirable to

avoid cutting the branch of the superficial epigastric vein which passes across the upper part of the field of operation and a small artery, a branch of the superficial circumflexed iliac, which crosses the lower part of the field. It is very important to make the operation a bloodless one, so that the character of the various tissues can be easily distinguished. After making the incision through the skin and the subcutaneous fat sufficiently to lay bare the vessels without cutting them, (it is not necessary that one should clearly see the vessels), the operator, taking in his hands a pair of blunt hooks, (which I have had made for the purpose) retracts the vessels and cellular tissue in which they are imbedded toward the upper and lower angles of the wound, if necessary stretching the wound slightly, so that the assistant is able to insert a pair of retractors, which serve the double purpose of making the wound gape, at the same time keeping the vessels out of the way. One or two slight touches with the knife, and a repetition of retraction, first longitudinally with the blunt hooks, and then laterally with the retractors, (which I have had made for this purpose), the glistening tendon of the external oblique is brought into view. There having been no bleeding, the tissues have their natural appearance, and by moving the retractors in various directions it is easy to inspect the external ring, and to note the exact location of the canal and of Poupart's ligament. A small puncture is now made with the point of the scalpel about 2 millimetres above Poupart's ligament.

2. *The Isolation of the Ligament.* — After exposure of the tendinous structures overlying the canal described above, a small puncture is made with the point of the scalpel, at a point from 4 to 5 centimetres above the middle of the external ring, and about 2 millimetres above Poupart's ligament. One of the blunt hooks being introduced through this opening, the point is turned toward Poupart's ligament and the tissues engaged are drawn up for inspection. In the majority of cases the ligament will be, by this means immediately brought into view. When this is not the case, it is only necessary to separate it from the tissues in which it is imbedded, by careful manipulation with the two blunt hooks, taking up the tissues first witch one hook, then with the other, each time seeking to leave behind some of the veins, fæcia, fat, or nerves which may accompany the ligament. Great pains must be taken to avoid crushing or bruising the ligament, or too much handling with the fingers. It must never be touched with the for-

ceps, or any crushing instrument. When sufficiently separated to make it possible to do so, seize the proximal portion of the loop of ligament with the thumb and finger, and while drawing upon it endeavour to separate the tissues which still cling about it. In some cases it will be found possible to draw out the ligament with great readiness. In other cases more or less difficulty will be experienced in separating it. These are doubtless the cases which are spoken of as being adherent by those who endeavour to draw the ligament out through the external ring.

The ligament varies greatly in size, frequently the distal portion being scarcely larger than a No. 2 catgut suture, — a mere thread. After drawing the ligament out two or three inches it will be found to develop rapidly into a good sized ligament. The ligament should always be drawn out sufficiently to produce a well developed canal of Nuck. In my experience it is always drawn out at least 10 centimetres, and not infrequently 14 to 17 centimetres. This brings up between the columns of the wound a thick, dense, ligamnentous structure which affords opportunity for firm anchorage. The loop of ligament must be carefully handled. Great pains must be taken to avoid infection, the hands being kept constantly clean and moist by frequently dipping in water.

3. *Anchorage of the Ligament and Closure of the Wound.* — The ligament is cesured in place by weaving into the tendon, or aponeurosis of the external oblique, and by means of two silkworm gut sutures, which are made to serve the double purpose of closing the wound an to suture the ligaments in place, penetrating the double loop of ligament at three different points. The first suture is passed thus : The ligament being drawn out as far as possible by traction upon the proximal side of the loop, a piece of medium sized silk ligature, 25 to 30 centimetres in length, is passed trough the loop and secured at a point about two inches from the bottom of the wound by means of a pair of catch forceps. Care should be taken not to tie it. If the ligature is tied upon the ligament it will crush it and thereby possibly produce suppuration. While the assistant makes traction upon the ligament by means of the silk ligature thus attached, pass the needle through the skin and underlying tissues upon one side and trough the corresponding column of the wound in the tendon of the external oblique, through which the ligature is drawn, pushing it on through the thickest portion of the round ligament, then successively through the opposite column

of the wound, the several layers of subcutaneous structure, and finally the skin.

A specially constructed and threaded aneurism needle (shown herewith), is then made to penetrate the aponeurosis of the external oblique muscles at a point about one and a half inches internal to the opening through which the ligament emerges. The point being turned outward is passed below the tendon of the external oblique for an inch, then made to emerge. Engaging the end of the thread attached to the loop of ligament in the loop of the thread carried by the aneurism needle, the aneurism needle is drawn out, and the ligament dragged after it, by which means it is braided into the aponeurosis of the external oblique, first passing above, then below this dense tendinous structure. The portion of the loop not imbedded in the tendon is now folded over upon it, being constantly kept taut by gentle traction upon the loop of silk previously secured to it, the forceps having, of course, been previously removed to allow the loop of ligament to be woven in. The second silkworm gut suture is now introduced, passing first through the skin, then through the free end of the loop of ligament, then through the portion of ligament overlying the tendon of the external oblique, penetrating also the underlying tendon, then through the skin and subcutaneous structures of the opposite side of the wound. Nothing now remains, except to tie the two silkworm gut sutures, and the operation is finished. Care must be taken to secure perfect coaptation of the ends of the skin. When the patient is very thin, it is best to close the skin of the wound by running a catgut suture. The sutures can be left in place for an almost indefinite length of time without injury as the silkworm gut produces very little irritation, but I do not find it necessary to retain the sutures more than ten days. By this time the structures are all thoroughly semented together and the ligament, interwoven as it has been with the tendinous structures, become so thoroughly incorporated with the new structures with which it is in contact that it is firmly and permanently anchored.

In dressing, the wound is first covered with 6 or 8 grams of a powder consisting of 3 parts of sulphur, 2 parts of subnitrate of bismuth and one per cent of cinnamon oil. It is then covered with a gauze dressing prepared from the same powder. After using this powder for several years, I am satisfied that it affordsbetter results than iodoform and other antiseptic dressings which I had previously employed.

The advantages which i claim for this method are :

1. *The ease with which the ligament is found.* By none of the other methods which have been proposed, — at least none with which I am familiar — it is so easy to find the ligament as by this method. The first dip of the blunt hook usually brings out the ligament, or if not the first, the second or third. The ligament is generally included in the small mass of tissue first brought out from the canal. The ligament invariably lies rather superficially, and in the outer portion of the canal, and usually lying close to Poupart's ligament. If the ligament is not readily found by turning the point of the blunt hook toward Poupart's ligament, the hook is turned in the opposite direction and the ligament is quickly brought out. One very soon learns to distinguish between the ligament itself and the muscular and various other structures which lie in and contiguous to the canal.

My first operation for shortening the round ligaments was performed exactly ten years ago the present month, August, 1886. The operation was done by the method described by Dr Alexander, and occupied not quite three hours. The ligaments were extremely attenuated. After employing this method in something more than a dozen cases, I modified it by incising the upper border of the external ring, thus exposing the ligament at a higher point, where it was more easy of access. I observed that the higher this incision was extended, the more easily the ligament was discovered. But the larger opening made increased the danger of hernia, and so I conceived the idea of simply making a small puncture through the roof of the canal just below the internal ring, and pulling the ligament out with a long hook. At first I used a pair of ordinary strabismus hooks, but finding these not strong enough, I later had large blunt hooks of similar pattern, made expressly for the purpose.

2. *The ease with which the ligament can be found.* — Numerous operators have complained that the round ligament is sometimes wanting, and many others have objected to the operation on the ground that the ligaments are frequently adherent. Since adopting my present mode of operation, I have in no instance found occasion to offer either of these excuses for failure of the operation. In twenty cases operated upon with the method of Dr Alexander, I failed to find the ligament on one side in two cases. In 450 cases operated upon by the method which I have described, I failed to find the ligament in but a single case, and this, I am sure, was not the fault

of the operation, but rather to my own lack of dexterity. I have never, in a single instance, found the ligament adherent, but there is considerable difference in the ease with which ligaments can by pulled out. In some instances, the fascia surrounding the ligaments is firmly united to them, while in others it is very loosely attached.

Mundè, of New-York, who was the first to perform the operation in America, failed to find the ligament in three cases. Trenholme, of Montreal, in four cases failed to find the ligament in two cases. From my experience, I think I may confidently say that by the method I have described, an expert surgeon will never fail to find the ligaments.

3. *Secure Anchorage.* — By the method of Alexander, and indeed, by all other methods with which I am familiar, the permanency of the fixation of the uterus in its new position depends wholly upon sutures. A portion of the ligament is usually cut off, and the ends of the remaining portion of the ligament are attached by sutures to the columns of the ring, or the aponeurotic structures about the spine of the pubis. At the place of suturing, the ligament is so thin and frail in structure, being largely composed of vascular and muscular tissues, that it is easily torn away from its anchorage, and I have known of several instances in which, through violent straining or through suppuration of the wound, the uterus broken away and has fallen backward into the pelvic cavity, the last condition being worse than the first. This risk is run in all cases in wich the ligaments are cut off.

By the method I have described, the fixation does not depend upon sutures. The ligament is woven into the aponeurosis of the external oblique in such a manner that little or no strain comes upon the sutures, and the strain upon the ligament falls upon it at its thickest point.

4. *A small, non-suppurating wound.* — The wound is often not more than one and one-half centimetres in length, rarely more than two centimetres, and never more than three, even in very fleshy subjects. By the aid of suitable instruments, the operation might be performed with a still smaller wound than this, as it is only necessary that the opening shall be sufficiently large to introduce the blunt hook and draw out the ligament. The wound being small, no sutures are required in the wound, and there being no teasing or tearing of the tissue, suppuration rarely occurs.

In my last one hundred cases, suppuration has not occurred in a

single instance. With buried sutures. suppuration will occasionally occur in spite of every aseptic precaution.

5. *The quickness with which the operation can be done.* — I have a few times completed the operation on one side in two minutes, and on both sides in five minutes. The usual time occupied in the operation is seven to ten minutes. It rarely, if ever, exceeds fifteen minutes. Quickness of operation is, of course, in the highest degree conducive to asepsis.

6. *Avoidance of hernia.* — In my first twenty cases, operated upon by the method of Dr. Alexander, hernia occurred in three instances. Trenholme reported hernia in both the cases upon which he operated by this method. Other operators have met with similar results. In over four hundred and fifty cases, operated upon by the method which I have described, I have not observed hernia in a single instance. The structures of both the external and the internal ring are left wholly undisturbed. The roof of the canal is strengthened rather than weakened by the 'braiding |in of the ligament and its fixation over it.

The method which I have undertaken to describe is, I believe, unique in the following particulars :

1. In the smallness of the incision, other methods requiring incisions of seven to ten centimeters in length.

2. In the method of finding the ligament, which is picked up in the canal with a small blunt hook passed through a minute puncture in the roof of the canal.

3. In the method of anchoring the ligament, which depends upon weaving the ligament into the aponeurosis of the external oblique, and obviates the necessity for buried sutures.

RESULTS :

In considering the results of this operation, it is necessary to make allowance for a certain number of errors in diagnosis, and especially for the lack of experience in the early numbers of a series of cases.

The proportion of failures in the first hundred cases upon which I operated, was more than four times as great as in the second hundred. But the reasons for the improved results in the second hundred cases was due to several causes :

1. Perfection of the method of operation.

2. Increased dexterity.

3. (Perhaps the most important cause of all.) Increased skill in the selection of cases adapted to the operation. It is of no use to expect the operation of shortening the ligaments to be a complete cure in cases of pelvic diseases where the retro-displacement is only on feature of a disorder affecting all the viscera of the pelvis and perhaps those of the abdomen as well. It cannot be expected that it will cure diseases of the appendages, either chronic or acute, although not infrequently prolapsed ovaries are restored to position by the operation.

I regard the operation of shortening the ligaments, not as in itself curative in the majority of cases, but as a surgical means which renders a cure possible by the use of other therapeutic measures. Displacements of the pelvic viscera, as I undertook to show in a paper presented at the first meeting of this congress, is generally associated with displacement of the viscera of the abdomen. The operation for shortening the round ligaments cannot restore to position displaced bowels, stomach, kidneys, or liver; yet the restoration of these organs to their normal position is as necessary for permanent relief of the retro-displacement as is the operation for shortening the round ligaments. However, shortening the round ligaments is absolutely essential as a foundation for a successful application of curative measures, as regards the restoration of the uterus to its normal position.

But to leave the patient, after the performance of this operation, without the application of other curative means, is simply to invite a return of the disease in the great majority of cases. The neglect to employ the necessary measures in the cure of enteroptosis which usually accompanies retro-displacements and other static disturbances of the pelvic viscera, is probably in a large measure responsible for the failure of this operation in the hands of many operators.

After the restoration of the uterus to position by the shortening of the ligaments, it undergoes a rapid reduction of weight, if previously enlarged, as is usually the case, sometimes becoming so small as to suggest the approach of the menopause. This process of involution is sometimes accompanied by amenorrhea until the normal physiological balance is re-established.

The hot vaginal douche, employement of medicated cotton pledgets and other rational measures, are useful in aiding the restoration of the uterus to its normal condition after the operation. I find

pelvic massage of great value as a means of strengthening the normal supports of the uterus, and to make sure that it remains in perfect position during the first two or three months following the operation. Abdominal massage should be employed in connection with pelvic massage, to strengthen the abdominal muscles, and to secure relief from the enteroptosis, which is almost universally present, and from constipation, a prolific cause of relapse. Carefully administered Swedish movements, and properly graduated gymnastics, are also essential for the development of the abdominal muscles. These measures must be faithfully employed for three to six months after the operation, to insure permanency of results, and if not employed, the operation must not by blamed for failure, in case a permanent cure is not affected by it.

I have taken great pains to follow up my cases, sending out, regularly, circular letters of inquiry respecting their condition, and have, besides, had opportunity to examine a considerable number of them several months, and in many cases several years (from three to eight years) after the operation, and am able to present the following brief statement of the results obtained :

Total number of cases operated upon 470
Number of cases lost track of, or who have not reported . . 77

Of the remaining number (393) the retroversion had returned in 21, a per cent of failures of 5,3 %. Nearly all of these were in the first hundred cases operated upon, the number of failures in the last two hundred cases being lessened 3 %. The proportion of the number of cases in which complete symptomatic relief was obtained is considerably smaller, as seventy cases, or 18 %, still complain of more of less of the old symptoms, weight in the pelvis, backache, etc. The persistence of the symptoms is due, however, not to the failure of the operation, but to the fact that these patients were suffering not only from retroversion, but from relaxed abdominal muscles and prolapse of the intestines and other abdominal viscera, resulting in intention upon the abdominal sympathetic nerve, and the resulting reflex pains, which is often taken for evidence of pelvic disease.

Of the four hundred and seventy cases operated upon, twenty have been pregnant. The only disturbing influence complained of which could be attributed to the operation, has been a pulling sensation in the wounds, which persisted in one case for several weeks after the uterus began to rise in the abdomen. In one case, pregnancy

occured three times, the uterus still remaining in perfect condition. Not a single death has occured in the entire series of cases, and in no instance have there been present symptoms sufficiently grave to give occasion for apprehension.

M. le D[r] **Stèph. Bonnet** (de Paris). — Pour juger de l'opportunité d'un traitement chirurgical à opposer à la rétrodéviation et pour faire un choix parmi les nombreux moyens opératoires proposés, il est nécessaire d'établir entre les cas cliniques, une distinction qui sera basée non seulement sur le degré, sur l'âge, sur la simplicité ou les complications de la déviation, mais encore sur la nature et le siège de ces complications, sur les symptômes qui en dérivent, sur la condition sociale et l'âge de la malade, etc. Et d'abord, il est bon de mettre à leur place pathologique respective la *rétroversion* et la *rétroflexion*. La première est bien une *déviation,* c'est-à-dire la conséquence d'un trouble survenu dans la statique normale de l'utérus et, dans la plupart des cas, de tout l'appareil génital ; la seconde est une *déformation,* résultat d'un processus dystrophique ou inflammatoire ou se produisant concurremment avec la version si le col, fixe, résiste à la force qui le pousse en sens inverse du corps. La flexion peut compliquer la version, au même titre que la métrite, et lui superposer ses symptômes propres ; mais par *rétrodéviation*, il faut entendre, je crois, *rétroversion,* c'est-à-dire déclinaison du corps de l'utérus en arrière, depuis la simple rectification de l'antéversion normale jusqu'à la bascule complète, que l'axe physiologique de l'organe persiste ou s'incurve. La flexion en arrière préexiste sans doute quelquefois à la version, mais elle doit plus souvent lui succéder et la compléter. Voici de quelle manière on peut envisager, il me semble, la succession des phénomènes : *a)* Chez les multipares, le plan inférieur de soutien de l'utérus est défaillant, ses attaches supérieures tiraillées alors et s'allongeant, l'organe s'abaisse et par suite, tend à se rapprocher de l'axe du détroit inférieur, surtout aux moments de la réplétion vésicale ; la pression intestinale s'exerce dès lors sur sa paroi antérieure et le refoule de plus en plus en arrière, jusqu'à le renverser complètement dans le cul-de-sac de Douglas. La rapidité de cette évolution est nécessairement subordonnée au volume de l'organe, au relâchement subinvolutif de ses moyens de fixité et à toutes les conditions — profession, toux, constipation, etc. — qui répètent ou multiplient les efforts. Chez les multipares, toutes les causes débilitantes, aboutissant au

relâchement des tissus et des ligaments, peuvent mettre en jeu le même mécanisme et arriver à un résultat analogue.

Dans ces cas, tous les moyens de fixité étant supposés en défaut, et surtout, l'utérus conservant une certaine rigidité due à la métrite coexistante, l'évolution en arrière se fera tout d'une pièce, le col se portant en avant et en haut derrière le pubis, à mesure que le corps se dirige en bas et en arrière : c'est là la *rétroversion* pure. Qu'au contraire la défaillance n'atteigne tout d'abord que les ligaments supérieurs, que les ligaments utéro-sacrés conservent leur tonicité et les insertions vaginales leur adhérence, comme il arrive plus particulièrement chez les femmes jeunes et multipares, le col restant à peu près fixe, le corps se portant en arrière finira par évoluer autour de l'isthme utérin comme sur une charnière et le mouvement commencé en version s'achèvera en flexion plus ou moins aiguë. Celle-ci, aisément réductible d'abord dans un utérus mou, du fait de la subinvolution ou de la congestion hypostatique, se fixera par la suite sous l'influence de la métrite interstitielle et de la sclérose qui sont l'aboutissant lointain et ordinaire de ces déviations.

b) Chez les jeunes filles et les jeunes femmes, à musculature intacte et à tissus résistants, la rétroversion s'observe aussi et c'est même sur cette catégorie de sujets qu'elle se présente à l'état de plus grande pureté. Dans ces cas, elle est ou congénitale, et se manifeste au moment de la puberté, ou acquise brusquement si un violent effort, dans une chute par exemple, vient à surprendre l'utérus lorsque la vessie distendue a déjà redressé quelque peu l'antédirection. Il se produit alors comme une véritable luxation de l'organe en arrière et, comme dans une luxation, la réduction immédiate, sans autre traitement ultérieur peut suffire.

c) La rétrodéviation se présente encore avec des lésions inflammatoires pelviennes, annexielles ou péritonéales, que les femmes aient ou non accouché. Ces lésions sont-elles capables de produire la déviation et peut-on dire qu'il existe des rétrodéviations secondaires aux inflammations pelviennes ? On ne voit pas bien en vertu de quel mécanisme aurait lieu cet effet, au moins à la période initiale de l'inflammation, quelles que soient du reste sa forme et sa localisation. Plus tard, on peut supposer à la rigueur, que des fausses membranes insérées d'une part au fond du cul-de-sac de Douglas, d'autre part très haut sur le fond de l'utérus, et douées d'une puissante force rétractile, attireront ce fond en arrière et finiront par le

faire basculer, pourvu que la laxité des ligaments s'y prête et que d'autres adhérences ne s'y opposent pas. Mais, en réalité, une inflammation postérieure agira plutôt en fixant l'organe en *rétroposition* qu'en *rétroversion* et une inflammation *primitive* du bassin semblerait plutôt, en immobilisant l'utérus, un obstacle qu'une condition génératrice favorable à la rétrodéviation.

N'est-il pas plus clinique d'admettre, en présence du complexus rétrodéviation et pelvipéritonite, que la déviation préexistait, qu'ignorée ou reconnue, mais silencieuse jusque-là, elle n'a révélé sa présence ou manifesté ses symptômes jusqu'à l'occasion du processus inflammatoire voisin qui l'a rendue douloureuse. On ne peut donc pas dire ici qu'elle est secondaire à l'inflammation pelvienne; mais cette inflammation la dévoile, lui donne, en quelque sorte, son état civil et il y a bien des chances, en outre, pour qu'elle lui imprime son caractère le plus grave : *l'irréductibilité.*

d) Je ne parlerai pas des rétrodéviations secondaires ou associées à une tumeur utérine : au point de vue du traitement, comme de la pathogénie, la déviation n'est ici qu'un élément accessoire. Mais en cas de tumeur périutérine la question peut se poser de l'opportunité du traitement propre de la déviation comme temps opératoire secondaire.

Cette digression pathogénique n'est pas absolument inutile car elle permet d'analyser un cas donné et de faire un choix raisonné du mode de traitement à adopter.

A ce point de vue, on peut éliminer d'abord les *rétrodéviations aiguës* qui, si elles sont immédiatement réduites et maintenues quelques jours par un tampon, n'ont généralement pas de tendance à se reproduire. Restent les *rétrodéviations chroniques* de beaucoup les plus fréquentes et les *congénitales,* rares, ne figurant que dans la proportion de 3 % et soumises aux mêmes lois de traitement. Crélat (1888) les divisait en mobiles, résistantes et adhérentes. On peut les distinguer aussi en *rétrodéviations simples* et en *rétrodéviations compliquées :* de métrite, de prolapsus et de lésions pelviennes, celles-ci entraînant ou non l'irréductibilité. La division en *complètes* et *incomplètes* importe peu au point de vue du traitement, celui-ci étant commandé par l'intensité des symptômes plus que par le degré de la déviation.

Les rétrodéviations rigoureusement simples sont exceptionnelles : congénitales ou acquises, on les rencontre sur les femmes jeunes qui n'ont par ailleurs aucun autre trouble de statique. Quelques-unes

restent ignorées mais beaucoup sont cause de dysménorrhée ou de stérilité et c'est en recherchant la cause de cette stérilité qu'on est souvent appelé à les découvrir. Elles sont réductibles, en pareil cas, et sans grande difficulté en général; mais contrairement aux déviations aiguës, elles se reproduisent aisément et doivent être maintenues temporairement ou définitivement. Chez la jeune fille, il est difficile d'employer aucun modèle de pessaire, ni aucune opération vaginale : l'hystéropexie, indépendamment de la cicatrice abdominale a des inconvénients sur lesquels je reviendrai. Le raccourcissement des ligaments ronds me semble l'opération de choix en raison de son efficacité, de son innocuité et de l'absence de stigmates qu'il laisse après lui : Les deux petites lignes cicatricielles qui résultent de l'incision disparaissent sous les poils du pubis et ne sont plus apparentes au bout de quelques mois. L'opération est simple et rapide puisqu'elle est isolée et qu'il n'est pas nécessaire de l'étayer d'opérations plastiques complémentaires comme dans les cas compliqués de prolapsus.

Chez les multipares mariées et requérant un traitement chirurgical, c'est encore à l'opération d'Alexander qu'il faudrait recourir. Ce sont même là les deux seules catégories de malades chez lesquelles l'opération, *employée isolément,* trouve son indication. Mais comme le maintien temporaire suffit généralement, dans ces cas, à assurer la correction définitive de la déviation, les pessaires peuvent très bien remplir ce but. J'ai partagé longtemps l'*horreur instinctive* de mon maître, le Prof. Terrier, à l'égard des pessaires; cependant, si je les emploie encore rarement, je suis devenu moins intransigeant à leur endroit. Il est certain que, chez de grandes multipares, dont le vagin dilaté et procident ne peut leur fournir qu'un point d'appui fuyant et illusoire, les pessaires ne sont même pas un pis-aller : c'est franchement un mauvais moyen, à peine justifié, à titre d'essai ou d'attente. Mais chez une jeune multipare, à musculature intacte, chez laquelle la rétrodéviation est monorganique et facilement réductible, un pessaire du type de Hodge, de dimensions et de courbures appropriées pour chaque cas, choisi au besoin après tâtonnement, est un suffisant et excellent moyen de contention. Je me suis trop bien trouvé de cette pratique dans un assez bon nombre de cas pour que je sois disposé à y renoncer. Tout récemment encore vient d'accoucher, après une grossesse exceptionnellement heureuse, une jeune femme, stérile depuis 5 ans de mariage et chez laquelle j'avais constaté, l'année dernière, une rétroversion complète,

assez difficilement réductible. Après quelques jours de dilatation, toute résistance était assouplie ; la réduction s'obtenait complète et facile et un pessaire, genre Hodge, porté pendant trois mois, a suffi à la rendre définitive.

Il arrive assez souvent aussi que, dans les suites de couches, l'involution se trouvait contrariée pour un motif quelconque, l'utérus gros et mou, se couche en arrière : cette tendance se corrige spontanément par la suite et dans la plupart des cas ; mais il arrive aussi qu'elle devienne définitive et c'est là le début pathogénique de beaucoup de rétrodéviations post-puerpérales. Un pessaire judicieusement choisi et mis en place pendant que, par ailleurs, on s'applique à activer l'involution, peut, en pareil cas corriger fort bien cette tendance et épargner pour l'avenir à la malade, tous les ennuis de la rétrodéviation. Pour ces deux catégories de cas : rétrodéviation simple et mobile chez les multipares, et rétrodéviation commençant pendant les suites de couches, je revendique les droits du pessaire, sur lequel je ne m'étendrai pas davantage puisqu'il n'est pas en question dans la discussion actuelle.

Je passe aux *rétrodéviations compliquées*. 1° Je ne m'arrêterai pas à la complication de *métrite*. Tout le monde admet que, primitive ou secondaire, la métrite, quelle que soit sa forme, accompagne presque fatalement les déviations chroniques. Primitive, elle remplit souvent un rôle indirect dans la genèse de la déviation ; secondaire, elle s'établit insidieusement à la faveur des troubles circulatoires et trophiques qui résultent du déplacement de la matrice. La muqueuse s'hypertrophie d'abord, surtout vers le fond et la paroi postérieure de l'organe et à l'endométrite succèdent avec le temps, la métrite parenchymateuse et la sclérose. Tout traitement chirurgical de la déviation doit donc être précédé de celui de la métrite : quant au choix du procédé il ne peut être influencé par cette complication, la déviation étant toujours supposée mobile.

Celle-ci n'est même souvent pénible qu'en raison de la métrite qui lui impose une personnalité ou lui superpose ses symptômes propres : c'est ainsi que la malade accuse de la dysménorrhée, des ménorrhagies, des douleurs sacrées, de la leucorrhée, des troubles visicaux, etc., tous phénomènes qui peuvent se rapporter, aussi bien qu'à la déviation, à l'endométrite du corps, à la cervicite, à des déchirures où à l'hypertrophie du col, etc. Il y a donc lieu, en pareille hypothèse, de faire une annalyse exacte du cas donné, d'apprécier le degré de la déviation et de ne pas lui imputer, surtout si

elle est incomplète, ce qui revient aux lésions de l'endométrium, aux déformations et à l'inflammation du col. Dans bien des cas de ce genre — et pour ma part je les ai souvent interprétés ainsi — il suffit d'un currettage, d'une amputation du col, sans opération directement entreprise contre la rétrodéviation, pour que non seulement tous les symptômes s'évanouissent, mais encore que l'utérus, incomplètement rétrodévié, se redresse complètement et définitivement sous l'influence de l'involution, organique et ligamentaire, qui suit la cervicectomie.

A côté de ces cas où la métrite seule complique la rétrodéviation, se rangent ceux qui s'accompagnent en outre de *prolapsus de l'utérus et du vagin*. On sait bien aujourd'hui quel rôle prépondérant joue, dans la statique pelvienne, l'intégrité du plan de soutien périnéo-vaginal. Chez les multipares dont le périnée a été déchiré ou forcé, la vulve reste béante, le vagin se déroule et vient faire hernie entre les lèvres; l'utérus lui-même entre dans ce processus de descente et il arrive un moment où il quitte son antéversion normale et se met dans l'axe du vagin. La rétrodéviation est dès lors amorcée et finira par devenir complète ou restera ainsi seulement *indiquée* plus ou moins longtemps suivant l'état de résistance des ligaments supérieurs. Ces conditions défavorables se trouvent même parfois réalisées chez des multipares particulièrement débiles. Si l'on peut surprendre la lésion à cette période précise de son évolution, on peut encore la corriger sans l'attaquer directement. Il suffira pour cela de restaurer le plan de soutien, de consolider et de remonter le vagin, de rendre à la vulve ses dimensions antérieures et surtout au périnée sa résistance. La déviation, incomplète, non seulement s'arrêtera dans son évolution, mais il y a bien des chances pour qu'elle se corrige spontanément par la suite.

Mais si, dans les mêmes conditions accessoires, la rétrodéviation est complète, si les ligaments utéro-sacrés sont forcés et les ligaments supérieurs excessivement relâchés, si, en un mot, le fond de l'utérus a basculé complètement dans le cul-de-sac de Douglas, l'entraînant même dans le dédoublement de la cloison recto-vaginale, ces moyens indirects : amputation du col, restauration du périnée et du vagin, n'arriveront évidemment pas à redresser l'organe. C'est alors que, pour maintenir la réduction, on devra faire intervenir l'une des nombreuses opérations proposées dans ce but. Je ne parlerai pas des tentatives de fixation vaginale directe ou d'attraction indirecte du col (Amussat, Frichelot père, Bossi, Byford, Skutsch,

Péan, Nicoletis, Richelot, etc.) ; des procédés de fixation extra-péritonéale du corps, abdominale ou vaginale (Schucking, Linis, Kelly, Zweifel, Torngreen, Caneva, Crespi, Assaky, Vaton, Caudela) ; de la colpohystéropexie pelvienne postérieure de Freund, Sänger ; du raccourcissement intra-abdominal des ligaments utérins : ronds (Ruggi, Gill Wylie, Bode, Polk, Dudley) ; utéro-sacrés (Kelly) ou larges (L. Tait, Imlach, Picqué). La fixation vaginale des ligaments ronds, récemment proposée par Wertheim et exécutée par Schauta. Ce n'est pas ici le lieu de décrire ces divers procédés et leurs variétés et je renvoie pour cela à la thèse de mon ami M. Baudouin et aux traités de Gynécologie. Ces opérations, dont quelques-unes d'exécution difficile, d'autres reconnues inefficaces ou dangereuses, ont été, pour la plupart, inspirées par une indication particulière et n'ont été exécutées que par leurs initiateurs. Aucune d'elles n'a pu s'élever au rang de méthode classique et de choix pour le traitement des rétro-déviations utérines.

Il n'en est pas de même des trois opérations *directes* suivantes : le *raccourcissement des ligaments ronds*, l'*hystéropexie abdominale* et la *colpopexie vaginale antérieure*. L'historique des deux premières est bien connu ; celui de la colpopexie est plus court. Sänger, s'inspirant des procédés de Rabenau et de Schucking en conçut et en émit l'idée en 1888 ; Dührssen et Mackenrodt l'exécutèrent les premiers d'après un procédé légèrement différent ; elle s'est, depuis, peu à peu répandue en Allemagne surtout où Martin a étendu ses indications bien au delà du traitement de la rétrodéviation, puis en Amérique, en Angleterre, etc. Elle a été récemment introduite en France par Pichevin et Le Dentu et ne semble pas y avoir encore recruté beaucoup d'adeptes. Dans le choix d'une opération visant le traitement d'une rétrodéviation mobile ou rendue telle, c'est-à-dire d'une opération d'*utilité*, et non de nécessité absolue, on ne doit pas envisager seulement le résultat orthopédique et immédiat ; il faut encore, autant que possible, que la fonction soit sauvegardée et, pour cela, que l'opération porte le minimum d'atteinte aux rapports anatomiques, qu'elle soit dépourvue de dangers et ne présente pas de grandes difficultés. La colpopexie utérine réalise-t-elle tous ces désiderata ? A mesure que les cas se multiplient, l'obligation s'impose de faire quelques réserves. Je n'en ai pas d'expérience personnelle, mais je l'ai vu exécuter et non sans difficultés. Si la vulve est étroite, l'utérus volumineux et peu abaissable, les difficultés deviennent excessives et l'opération dangereuse, de l'avis même de M. Le Dentu qui admet encore comme

contre-indication, les adhérences postérieures et latérales étendues ainsi que les lésions annexielles bilatérales et même unilatérales étendues. De plus, au point de vue fonctionnel, elle ne semble pas aussi indifférente qu'on l'avait espéré tout d'abord. Il résulte des recherches récentes de Strassmann, des publications de Wertheim, de W. Rühl, de Græfe que la grossesse est loin d'être toujours facile, que les troubles de miction, les douleurs et l'avortement sont communs : on a signalé aussi la fréquence des présentations transversales, la lenteur du travail, la perforation de l'utérus, l'obligation où on s'est trouvé de pratiquer la céphalotripsie, l'opération césarienne, etc. Ce sont là beaucoup de méfaits pour une opération si jeune encore et Edebohls qui a fait une étude critique et comparative des trois opérations en question (mars 1896), n'hésite pas à considérer l'hystéropexie vaginale comme formellement contre-indiquée chez les femmes susceptibles de devenir grosses. Mackenrodt lui-même ému des conséquences obstétricales de son opération avec ouverture du cul-de-sac péritonéal a, depuis un an et malgré 90 % de succès opératoires et thérapeutiques, renoncé à sa technique primitive, au moins pour les rétrodéviations mobiles, et lui a substitué la *vésico-fixation* après incision du vagin; il décolle la vessie de l'utérus et ouvre le cul-de-sac péritonéal, puis il suture au fond de l'utérus le péritoine vésical dont il résèque un lambeau aussi large que possible : ce procédé trouble au minimum les rapports anatomiques dont les modifications se bornent à ce que l'insertion vésicale est reportée du col sur le corps de l'utérus. Dans tous les cas il faut éviter de faire une vagino-fixation trop étroite, opérer, autant que possible, sans ouvrir le cul-de-sac péritonéal et, ce qui lèverait toutes les objections, réserver ce mode de traitement pour les femmes ayant dépassé la ménopause. En résumé, cette opération, appliquée au traitement des rétrodéviations mobiles, a encore besoin je crois, de perfectionnement de technique et de statistiques plus favorables, au point de vue spécial de la grossesse, pour pouvoir se substituer, suivant les cas, à l'hystéropexie abdominale et à l'opération d'Alexander.

L'histoire de la *laparo-hystéropexie* est plus ancienne, plus nourrie de faits et plus glorieuse : elle a été magistralement écrite, en 1890, par Marcel Baudouin et, depuis cette époque, n'a fait que s'enrichir. Je ne prétends ici ni compléter cette histoire ni critiquer la valeur absolue de l'opération. Je me bornerai, à défaut du reste, d'une large expérience personnelle, à exprimer une simple impression basée sur mes lectures et sur l'observation de quelques faits. L'hys-

téropexie abdominale ne me semble point l'opération de choix pour le traitement des rétrodéviations mobiles en général, et en particulier, chez les femmes exposées à des grossesses ultérieures ou chez lesquelles, la direction est compliquée de prolapsus. Entre autres arguments contre elle, on peut invoquer les suivants : malgré l'innocuité actuelle d'une laparotomie simple, l'opération comporte tout de même un peu plus d'aléa que le raccourcissement des ligaments ronds et la première condition à réaliser dans le choix d'un traitement chirurgical à opposer à une rétrodéviation mobile est de ne faire courir aucun danger à la malade. En second lieu, si la paroi abdominale est jeune et ferme elle fournira sans doute à l'utérus redressé un point d'appui solide, une surface de suspension efficace ; mais, en réalité, une adhérence trop étroite, c'est-à-dire une fixité trop grande, est une condition contraire au bon et physiologique fonctionnement de l'organe qui exige une certaine mobilité, telle que la nature l'a réalisée. On a pu constater, du reste, que c'est dans les cas les plus réussis au point de vue opératoire et orthopédique, là où l'utérus était le plus solidement et le plus étroitement fixé à la paroi, que les malaises et les complications de la grossesse se sont montrés les plus fréquents.

A ce point de vue particulier, j'adopterais plus volontiers les procédés de fixation indirecte des ligaments ou ceux qui au lieu d'une adhérence étroite, ne réalisent qu'une suspension funiculaire. S'il s'agit, au contraire, de grandes multipares, c'est-à-dire de femmes plus âgées, à parois abdominales relâchées, dépourvues de tonicité, la suspension est illusoire et, comme on l'a observé, produit une excavation, une inventration de la paroi. L'opération est plus défectueuse encore lorsqu'à la direction s'ajoute le prolapsus vaginal. L'utérus, qui n'est pas soutenu par en bas, n'a d'autre moyen de fixité que sa suspension artificielle à la paroi et la situation de la malade est quelquefois pire qu'avant l'opération. J'ai vu plusieurs de ces malades, chez lesquelles le résultat opératoire était parfait et l'utérus bien maintenu en antédirection ; mais elles se présentaient courbées en deux, souffrant et demandant qu'on les réopérât ne fût-ce que pour les remettre dans leur état antérieur. J'avoue que ce souvenir, ancien déjà, m'a laissé contre l'hystéropexie, quelques préventions dont je n'ai pu encore triompher. La plupart des opérations, il est vrai, admettent à présent qu'en cas de prolapsus, il faut, en même temps qu'on fixe l'utérus à la paroi, restaurer le périnée et consolider le plan de soutien inférieur. Enfin, sans parler des

troubles vésicaux, des chances d'étranglement intestinal, de section du tissu utérin et d'hémorrhagie mortelle etc., tous accidents observés, il semble bien prouvé que si, ordinairement, l'hystéropexie ne contrarie pas la grossesse, elle fournit d'avortements, de positions transversales, de dystocie, d'inertie utérine, de délivrance artificielle, une proportion de cas plus forte que l'opération d'Alexander. C'est ce qui résulte, pour ne citer que les plus riantes, des recherches de Rivière, Leith-Napier, Noble, Edebohls, etc. Sur 165 grossesses survenues après la ventrofixation, Noble [1] a relevé 17 avortements, 7 accouchements prématurés et 60 accouchements à terme qui ont nécessité 2 fois l'extraction manuelle, 8 fois le forceps, 5 fois la version, 3 fois l'opération césarienne et qui ont donné une mortalité de 5 %. Edebohls [2], après avoir proscrit la vaginofixation chez les femmes susceptibles de grossesses, ajoute que dans les mêmes conditions, les indications de l'hystéropexie abdominale doivent être aussi restreintes que possible.

Reste le *raccourcissement des ligaments ronds* que je considère comme l'opération physiologique par excellence, comme le traitement des rétrodéviations mobiles, ou rendues telles par un traitement préalable approprié. Depuis 10 ou 12 ans qu'on l'exécute, tout à été dit pour et contre cette opération et je n'ai pas à le rappeler ici [3]; elle a perdu bien peu de ses partisans de la première heure et ceux-ci, au contraire, lui sont restés d'autant plus fidèles qu'ils l'ont mieux et plus facilement exécutée en se perfectionnant dans la technique et qu'ils ont pu en annuler les bons résultats : elle semble, en outre, jouir actuellement d'un regain de faveur. Elle réalise bien, en effet, les conditions d'une opération d'utilité, innocuité, facilité d'exécution, sauvegarde des rapports et de la fonction, efficacité. Si, comme toute opération nouvelle, elle s'est laissé charger, à ses débuts, de quelques méfaits imputables à l'inexpérience, personne ne conteste désormais que, sous la sauvegarde de l'antisepsie, elle ne soit totalement dépourvue de danger. Elle présente sans doute parfois quelques difficultés : la découverte et la libération des ligaments requièrent une certaine expérience et il est nécessaire, avant de l'entreprendre, de s'être livré à quelques essais cadavériques, mais c'est là une condition comme à la plupart des opérations et il en est peu, au surplus,

[1] Amer. gyn. Soc. 27 mai 1896.
[2] Med. New. 14 mars 1896.
[3] Voir S. Bonnet : Semaine gynécol. Nos 8 et 28.

qui soit aussi bien réglée et jalonnée de points de repère aussi constants et aussi précis. Avec un peu d'habitude, il ne faut guère plus de cinq minutes pour découvrir et libérer un ligament. Je suis convaincu qu'il existe toujours, pourvu qu'on le cherche où il est ; il n'est sans doute pas également fourni, résistant et facile à découvrir chez tous les sujets, mais, pour mon compte, je n'ai encore jamais manqué de le trouver. S'il se rompt, si, dans les rétrodéviations, il est considérablement allongé (Doléris) et que sa fasiculation commence très haut, on peut, au besoin, inciser le canal inguinal. Cette ouverture du canal, à laquelle on a été amené incidemment, dans les cas difficiles, quelques opérateurs, Puech, Roux, Edebohls, etc., la pratiquent systématiquement. Elle n'a pas d'inconvénients si la réunion doit se faire primitivement et si on a eu soin de suturer exactement les bords de l'incision : toutefois, si les parois abdominales sont amincies et lâches et, surtout dans l'éventualité d'une suppuration secondaire, je crois préférable de respecter la paroi du canal et les fibres uniformes de l'orifice, ce qui est possible dans la plupart des cas. Deux ou trois points de suture non résorbables, à la soie, ou mieux, au crin de Florence, échelonnés de haut en bas, comprenant les piliers et le ligament, et fermant l'orifice, assurent une fixité indélébile.

Cette opération sauvegarde parfaitement la fonction principale puisqu'elle ne touche ni à l'utérus ni à ses annexes : loin de créer de nouveaux rapports plus ou moins contre nature, elle ne fait que restaurer, dans les conditions physiologiques les plus parfaites, les relations des organes pelviens. La matrice, pourvu que les ligaments aient été raccourcis de 12 centimètres environ, est désormais replacée dans son antédirection normale ; elle est, non pas fixée à la paroi abdominale ou au vagin par des adhérences artificielles et étroites, mais simplement rapprochée du pubis et à son niveau ; elle conserve une mobilité nécessaire à son fonctionnement, grâce, justement, au défaut d'adhérences et aux 2me ou 3me des ligaments qui restent libres à leur émergence utérine. Enfin, si l'opération à été bien faite, on n'a pas à craindre de récidive, alors même que les ligaments ont peu de solidité ; en effet, ils n'ont à subir à peu près aucune traction, ils ne *suspendent* pas l'utérus comme les adhérences de la ventrofixation, qu'on a proposé d'appeler ventro-suspension, ils le maintiennent purement dans son antédirection et, dès lors, la pression intestinale, glissant ou agissant sur la paroi postérieure, loin de tendre ou reproduire la mauvaise position, exerce une action réelle sur le maintien de l'antéversion.

Mais, qu'on me permette de le répéter encore, le raccourcissement des ligaments ronds exécuté *seul*, ne répond qu'à une proportion minime des cas, ceux de rétrodéviation mobile pure, avec intégrité de la muqueuse, du col et du plan de soutien. Dans la grande majorité des faits, et ainsi que l'ont établi depuis longtemps Polk, Doléris, Trélat, Bouilly, Kelly, etc., il est nécessaire de lui associer, outre le traitement de la métrite, la restauration du vaginet du plancher perinéal.

J'ai pratiqué une vingtaine de fois l'opération d'Alexander; une seule fois, dans un milieu particulièrement malpropre, j'ai eu une suppuration abondante d'un côté et il en est résulté plus tard une pointe de hernie. C'est la seule complication sérieuse que j'aie eu à enregistrer. Trois ou quatre fois, soit que les malades eussent déployé leur pansement, soit que l'asepsie des fils ne fût pas rigoureuse, j'ai observé, quelquefois à une époque assez tardive, après le 10[e] jour, de la rougeur, de l'induration, sur le trajet d'un fil, mais sans réaction générale et presque sans douleur locale. Ou bien l'induration s'est résolue, ou bien il s'est fait une collection de sérosité rosée, transparente qui s'est terminée en 2 ou 3 jours, après évacuation simple, sans lavage ni drainage.

Aucune des opérées que j'ai pu revoir n'a présenté de récidive. Chez une seule, maigre, à tissus anémiés, l'un des ligaments, très faible, a dû céder ou se rompre, car, quelque temps après, j'ai trouvé l'utérus, particulièrement facile à explorer chez elle, bien maintenu du côté droit, mais écarté de la paroi, à gauche. Cette fixation unilatérale a suffi cependant à assurer l'antédirection, et à faire disparaître tous les symptômes. Enfin, trois de mes malades, à ma connaissance, sont devenues enceintes et grossesse et accouchement ont évolué d'une façon remarquablement régulière : l'une d'elles, notamment, opérée à la fin de 1894, vient d'accoucher il y a un mois : dans trois grossesses antérieures, elle avait eu des vomissements et des malaises très pénibles, imputables sans doute à sa déviation. Or, à cette dernière grossesse, elle a ignoré son état jusqu'au 4[e] mois, en raison de l'absence de tout malaise et d'une santé générale parfaite : inquiète seulement alors de la cessation des règles, elle est venue me demander mon avis et j'ai pu constater son état de grossesse. Le travail a duré 8 heures, sans nul incident, s'est effectué en OIGA et a été suivi, moins d'un quart d'heure après, de la délivrance spontanée. En même temps que le raccourcissement des ligaments, j'avais fait à cette malade un curettage, une amputation du col et une double colporrhaphie.

3° Restent les rétrodéviations compliquées d'adhérences ou de lésions inflammatoires péri-utérines. Ici l'indication opératoire sera nécessairement subordonnée au degré, à la nature, au siège des lésions associées. Il est évident que si, au complexus grave de l'infection pelvienne, blennorrhagique, puerpérale ou traumatique, englobant trompes, ovaires, péritoine, s'ajoute la rétrodéviation, qu'elle soit persistante ou secondaire, celle-ci est d'importance très accessoire : son redressement, en supposant qu'il fût possible, ne rendrait pas grand service à la malade, outre qu'une tentative de ce genre ne serait pas sans danger. En pareil cas, c'est la lésion principale qu'on doit viser par l'hystérectomie ou la laparotomie, sauf, dans ce dernier cas, à pratiquer, au besoin, la fixation de l'organe, comme complément opératoire.

Mais, à côté de ces cas, complexes et graves, de suppuration pelvienne, où la contre-indication de l'opération d'Alexander ne fait doute pour personne, il en est de nombreux, bien plus légers, où son opportunité est parfaitement admissible. Ce sont ceux dans lesquels la complication péri-utérine consiste, soit dans un déplacement réductible des annexes, soit en poussées congestives ou inflammatoires bénignes, curables spontanément ou à l'aide d'un traitement médical, soit en adhérences purement péritonéales, suffisantes pour rendre la déviation chronique et douloureuse et même résistante, mais assez lâches pour permettre sa réduction, au moins à l'aide d'un redresseur mécanique. Là encore, le raccourcissement des ligaments ronds peut rendre de signalés services. Les annexes prolabées, mais nullement ou faiblement adhérentes, se réduisent souvent du seul fait du redressement de l'utérus : j'ai plusieurs fois pu enregistrer cet heureux résultat et de nombreuses observations en font foi. La déviation est, par elle-même, une cause réelle et puissante de congestions annexielles douloureuses et, d'autre part, il est bien avéré que bon nombre de salpingites légères, même avec épanchement muqueux, peuvent guérir à l'aide d'un traitement médical ou thermal et même spontanément. Enfin, des séances de redressement mécanique, de dilatation et de massage triomphent souvent de la résistance de quelques brides péritonéales qui suffisaient à maintenir l'utérus en arrière, mais qui, assouplis par le traitement préalable, céderont, jusqu'à la résorption, une fois l'utérus replacé. Dans ces diverses conditions, délicates, sans doute, à apprécier, le redressement par l'Alexander suffira bien souvent à assurer la guérison et sera plus facile à faire accepter des malades qu'une opération trans-péritonéale.

En résumé, lorsqu'on se trouve en présence d'une rétrodéviation adhérente, il faut en analyser avec soin les diverses circonstances, établir si ces adhérences sont purement péritonéales ou annexielles, si elles sont simplement résistantes, ou si la déviation est définitivement fixe, irréductible, du fait d'un processus inflammatoire annexiel. Dans la première hypothèse, on aura recours, préalablement à un traitement local et général capable d'assouplir ou de faire résorber les adhérences, puis on fixera l'utérus comme s'il s'agissait d'une déviation mobile. Dans le second cas, c'est avant tout, au traitement de l'ovaro-salpingite qu'on devra songer et suivant la nature de la lésion, sa localisation d'un seul ou des deux côtés, on fera l'hystérectomie vaginale ou la laparotomie, cette dernière, suivie au besoin de l'hystéro-fixation à la paroi.

4° Quant aux rétrodéviations compliquées de tumeur utérine ou péri-ütérine : il est évident qu'ici la déviation n'est qu'un élément accessoire ; au point de vue du traitement sinon des symptômes, l'indication dominante est de supprimer la tumeur, ce qui ne comporte pas souvent d'indication secondaire quant à la déviation. Toutefois en cas de tumeur péri-utérine, la question peut se poser de l'opportunité de la fixation utérine après l'ablation de la tumeur. C'est ainsi que j'ai eu l'occasion de faire la laparotomie, il y a 5 ans, sur une jeune femme porteur d'un kyste de l'ovaire droit, à pédicule long et deux fois tordu, et coexistant avec une rétroversion complète. Il entrait dans mon plan opératoire de faire suivre l'ovariotomie de l'hystéropexie ; mais, une fois le kyste enlevé, je me trouvai en présence d'un utérus *à ressort:* à la première tentative que je fis, la réduction s'opéra brusquement et si bien que j'éprouvai ensuite de la difficulté à essayer de reproduire la déviation. En présence de ce phénomène, je me suis abstenu de toute fixation et, chez cette malade, que j'ai revue plusieurs fois depuis, la récidive ne s'est jamais reproduite.

5° Enfin, il est des cas de rétrodéviations anciennes et fixes, comparables aux vieux prolapsus complets, chez les femmes âgées ou ayant au moins dépassé la ménopause et chez lesquelles l'hystérectomie vaginale me semble l'opération de choix, comme plus simple et plus rapide alors qu'on n'a plus à se préoccuper de la sauvegarde de la fonction.

Pour me résumer, je considère le raccourcissement des ligaments ronds comme l'opération la plus légitime et la plus efficace dans tous les cas de rétrodéviation mobile, ou réductible après traitement de

complications pelviennes légères, surtout chez les femmes jeunes et aptes encore à la fécondation. Mais les cas de rétrodéviation pure, c'est-à-dire justifiables de l'Alexander seul, sont rares et, le plus souvent il ne devra être considéré que comme le complément d'autres opérations destinées, d'une part, à guérir l'inflammation utérine, d'autre part à assurer la réfection du plan de soutien périnéo-vaginal.

Dans les cas compliqués de lésions inflammatoires pelviennes anciennes et graves et de tumeurs utérines ou péri-utérines, la déviation n'est plus qu'une lésion d'importance secondaire et sera traitée, suivant les indications, par l'hystérectomie vaginale ou la laparotomie suivie, au besoin, de ventro-fixation.

M. le Dr **Doyen** de Reims. — Nous traitons les cas de rétro-déviations utérines douloureuses par une double intervention :

Raccourcissement de la paroi utérine antérieure et opération d'Alexander.

Notre procédé d'hystéropexie par la voie vaginale porte sur l'utérus lui-même.

Il ne présente donc aucun des inconvénients des procédés préconisés jusqu'alors.

Le col saisi avec deux pinces à griffes, comme pour l'hystérectomie vaginale, nous l'abaissons à la vulve.

C'est là le procédé le meilleur et le plus simple pour réduire d'emblée la rétro-version. La traction directe agit ici comme agit dans une réduction de fracture de jambe la traction simple sur le pied.

L'utérus redressé et abaissé, nous incisons le cul-de-sac antérieur du vagin, comme dans le second temps de notre procédé d'hystérectomie vaginale, nous décollons la vessie et nous ouvrons le cul-de-sac antérieur du péritoine.

Nous passons immédiatement à ce niveau et transversalement, à l'aide d'un porte aiguille spécial, un fil de soie dans la couche superficielle du corps de l'utérus. L'autre chef est fixé à la partie inférieure de la portion sus-vaginale du col.

Cette ligature, en raccourcissant la surface extérieure de la paroi utérine antérieure, redresse l'organe, sans incurver le moins du monde la direction du canal cervical.

Nous plaçons, au-dessus du premier fil, une ligature de renfort,

et nous refermons par un surjet au crin de Florence, dont les deux extrémités sont simplement arrêtées sur un tube de gomme, la plaie vaginale.

Cette opération demande 5 à 6 minutes. Nous la complétons en raccourcissant de 8 à 10 centimètres, après incision de la paroi antérieure du canal inguinal, les deux ligaments ronds.

Souvent nous pratiquons dans la même séance l'opération d'Emmet et de Schrœder. Il nous est arrivé de compléter l'intervention par la fermeture d'une large fistule recto-vaginale et une périnéorraphie totale, le tout, y compris l'opération d'Alexander, l'hystéropexie et l'autoplastie du col, en 50 minutes.

Cette malade est sortie de notre clinique, guérie, au bout de 15 jours.

La méthode que nous préconisons est simple et nous a donné d'excellents résultats.

Le mot de la fin de la discussion ayant été offert à MM. les rapporteurs, M. *Pozzi* déclare qu'il n'a rien à ajouter à son rapport.

M. le Prof. **Küstner**, betont die bedeutenden Differenzen der heute zu Tage getretenen Anschauungen, auf der einen Seite repräsentiert im wesentlichen durch *Pozzi, Segond* u. A., welche die mobile Retroversioflexio nicht, bei der fixierten vorwiegend die Entzündungsresultate, und unter Umständen durch die radikalsten Operationen behandeln wollen, auf der andern Seite die starke Betonung der vier mechanischen Momente durch *Polk, Edebohls*, welche der *Alexander*-schen Operation ein Gebiet anweisen, welches viel grösser ist, als das von mir anerkannte. Es wird die Aufgabe der Forschung der nächsten Jahre sein, die Lücken unserer Wissenschaft, welche in diesen Differenzen Ausdruck finden, auszufüllen. Ich glaube, dass dabei eine Näherung an den von mir vertretenen Standpunkt zu Stande kommen wird.



CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DE

GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

GYNÉCOLOGIE

2me VOLUME

GENÈVE

IMPRIMERIE W. KÜNDIG & FILS

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL

DE

GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

2me SESSION — GENÈVE — SEPTEMBRE 1896



GYNÉCOLOGIE

2me VOLUME

COMPTES-RENDUS

PUBLIÉS PAR

M. le Docteur **BÉTRIX**, Secrétaire général.



GENÈVE
GEORG & Co, LIBRAIRES DE L'UNIVERSITÉ
1897

TABLE DES MATIÈRES

SÉANCE DU VENDREDI 4 SEPTEMBRE 1896

TROISIÈME QUESTION A L'ORDRE DU JOUR :

QUEL EST LE MODE DE FERMETURE DE L'ABDOMEN PARAISSANT GARANTIR LE MIEUX CONTRE LES ABCÈS, LES ÉVENTRATIONS ET LES HERNIES ?

SÉANCE DU VENDREDI 4 SEPTEMBRE 1896 (APRÈS-MIDI)

SUITE DES COMMUNICATIONS INDIVIDUELLES

SÉANCE DU SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1896 (MATIN)

FIN DES COMMUNICATIONS INDIVIDUELLES



SÉANCE DU VENDREDI 4 SEPTEMBRE 1896

9 HEURES DU MATIN

Présidence de M. le professeur von OTT
» » » GRANVILLE BANTOCK
» » » LEOPOLD

RAPPORTS ET DISCUSSION

SUR LA TROISIÈME QUESTION A L'ORDRE DU JOUR :

QUEL EST LE MODE DE FERMETURE DE L'ABDOMEN,
PARAISSANT GARANTIR LE MIEUX
CONTRE LES ABCÈS, LES ÉVENTRATIONS ET LES HERNIES?

Rapport de M. GRANVILLE BANTOCK de Londres.

The subject to which I have the honour of directing your attention is « The best method of treating the wound in abdominal section with a view to the prevention of abscess and hernia. »

It will be admitted that in the case of the abdomen we meet with conditions which do not obtain in any other part of the body. We have to contend against a force, of ever varying intensity, from the slight movement of natural respiration to the violent muscular action involved in the effort of vomiting, tending to the destruction of the wound, so that it is deprived of that rest which is such an important factor in the healing process.

When the Surgeon makes an incised wound and closes it again, in order to obtain the best results he aims at securing primary union or as it is sometimes called « Union by first intention. » Important as this is in all cases, it is especially important in the case of wounds involving the whole thickness of the abdominal parietes, for the reason above stated. As, in the natural arrangement of the parts hernia is a very common occurrence, so, if we add another weak point, we expose our patients to an additional risk of this accident. It may be affirmed that the importance of securing primary union in the cases under consideration is little affected by the length of the incision.

For the sake of facility of discussion the subject may be divided into two parts, viz.

The treatment of the wound (1) with the view of preventing abscess, and (2) with a view to the prevention of hernia. These two aspects of the question might at first sight appear to be synonymous, the one involving the other. But it is not so. Thus a wound may

suppurate extensively and yet the patient will escape subsequent hernia, or the Surgeon may succeed in obtaining perfect union throughout the length of the wound and yet his patient will subsequently develope hernia. How is this apparent contradiction explained ? This will appear in due course.

1. For some years past, that is, since the introduction of the Listerian or Antiseptic method, it has been a canon of Surgery that all abscesses are the result of the introduction into the wound itself or into the tracks of the sutures of « germs » or (as now taught) of full-grown microbes. Hence the surgeon was enjoined to employ means to prevent the access of these disturbing bodies. With those means you are well acquainted. When it again became known that wounds healed without these measures, and in many cases not only healed, but actually healed better, the destruction-of-microbes doctrine or Antisepticism gave way to a very large extent to the exclusion-of-microbes doctrine or Asepticism. At the present day I hope I shall not be accused of holding either of these doctrines. On the contrary I have long held the view that the various forms of the Bacterium or Bacillus, however characteristic they may be of the condition under which they are found, do not stand in the relation of cause and effect, as now generally taught; in other words that they are the effect and not the cause of the conditions under which they are meet with.

Had the doctrine of Antisepticism (and the treatment founded upon it), or even that of Asepticism, been confined to the idea of the introduction of a specific materies morbi, it would, at the present day, meet with my cordial acceptance; for this is the basis of my treatment as indicated in the word *cleanliness*. Lister's later teaching as given forth in his Berlin address, when he expressed the view that « the germs in the atmosphere may be totally disregarded » appears to have escaped the notice of his followers, perhaps because he went only half way towards a sound and rational conclusion.

You will therefore not be surprised that I attribute the formation of an abscess in a wound, or in the track of a suture, not to the entrance of germs or fully formed Bacilli, but chiefly to the improper application of the suture in the latter, and more rarely to the introduction of foreing matter between the lips of the wound in the former case.

Thus when unhealthy pus, old clotted blood, or other dead

matter is spilt on a wound, it is very difficult to get the surface clean again ; small particles remain, prolonged attempts to remove them cause injury to the tissues ; the presence of these particles, which act the part of foreing bodies, produces irritation and the familiar consequences follow in the formation of pus and so on.

In a simple abdominal section for ovarian cystoma where little injury beyond the incision is done and the sutures are carefully applied, it is the rule for primary union to be obtained.

As regards the track of the suture, I repeat that abscess is not due to the entrance of germs or fully formed Bacilli, but to the improper application of the suture, and the improper application consists chiefly in the strangulation of the tissues enclosed in the loop by which their vitality is impaired in greater or less degree. I affirm that I have never seen pus issue from the track of a suture without being able to say that the particular suture had been pulled too tight.

But perhaps I am met with the objection that pus so obtained contains Bacilli which are found to be more or less associated with such conditions, and hence that these Bacilli are the cause of the presence of the pus. I admit that the Bacilli may be characteristic, but I deny the effect hitherto attributed to them. I am only at liberty at present to say that the harmlessness — I will go farther and say the beneficent action — of Bacilli hitherto regarded as possessing the most virulent proper ties, is now fully demonstrated, and it is proved beyond all doubt that the various forms of Bacilli serve a useful purpose as scavengers. I have never accepted the doctrine of Phagocytosis and if these later observations, to which I have referred be correct thin it will not be out of place to call it eminently fantastic, and the product of a too lively imagination.

I arrive, therefore, at this conclusion viz, that in order to secure primary union it is necessary to bring the raw surfaces carefully into apposition, to take care that no foreign body interposes between the surfaces, that the sutures are not pulled so tight as to cause strangulation, and that the use of a so-called antiseptic substance does nod aid the healing process. The latter condition is now almost universally admitted. In proportion as these matters are efficiently carried out in that proportion will be the success.

The occurrence of a small amount of pus in the track of a suture is a matter of verry little, if any, importance. The formation of pus between the lips of the wound, as it must necessarily be in much

larger quantity is more important and may be serious. I am fortunately in a position to say that while an abscess involving the length of the wound occupied by two or three sutures, has probably occured in only one or two per cent of my cases, and could usually be traced to the presence of matter acting the part of a foreign body between the raw surfaces, I have, in only one instance seen the whole length of the wound give way (with the exception of the peritoneum). In this case the contents of a dermoid tumour were spilt over a wound of about 2 ½ inches in length. Ultimately, however, a very good cicatrix was obtained and no evil consequence followed.

2. I now come to the question of the mode of closing the wound with a view to the prevention of hernia. Hitherto the question has been one of principle, but now I must pass on to details.

Anatomical considerations, no doubt, in the first instance dictated the site and direction of the incision and, with the exception of special cases, experience has proved that the median incision is the best adapted for the great majority of abdominal sections. In the middle line, it is possible, with care, to enter the peritoneal cavity without wounding any of the fibres of the two muscles which lie parallel to it, one on each side. Premising that in all cases it is advisable to make as small an incision as possible, I affirm that in a young and healthy subject, with well developed muscles, and only a moderate amount of fat, and when the incision can be confined to the space between the pubes and the umbilicus, it is sufficient to use the simple interrupted suture, embracing the whole thickness of the parietes. Thus the suture will pass through skin, subcutaneous fat, muscular aponeurosis, muscle, subperitoneal fat and peritoneum on one side and in the reverse order through the opposite side, and while on the one hand it is advisable to include about half an inch of skin on the other the extreme edge of the peritoneum only should be taken up. In such a case as I have indicated I contend that such a suture is sufficient and yields perfect results.

But in actual practice we meet with various departures from this which I call the normal state. Thus *a)* the patient may be very much emaciated, both muscle and fat being reduced to a minimum, or *b)* the abdominal walls may contain an inordinate amount of fat, or *c)* it may be necessary to extend the incision beyond the

umbilicus. These conditions call for more or less different treatment.

a) When the parietes are very thin I deem it advisable to close the wound in at least two stages; thus, the peritoneum is first closed by a continuous suture of catgut (if I could be absolutely certain that no suppuration would occur I would always employ fine silkworm-gut for the suture), then the rest of the wound is closed by interrupted sutures embracing skin, aponeurosis and muscle, or in extreme cases a buried suture is used to bring the muscle and its aponeurosis together while a third row of sutures closes the skin. But it is exceedingly rare that more than two rows of sutures are required.

b) When the parietes contain an inordinate amount of fat I close the peritoneum first and then use an interrupted suture embracing the tissues between the skin and peritoneum.

c) When it is necessary to extend the incision beyond the umbilicus I believe it is the general custom of operators to pass on one, usually the left, side of that structure. I prefer to cut right through, to remove the redundant skin, to split the parietes on each side so as to make a broader surface, and to close the peritoneum first, in all cases. If the umbilicus be passed on one side the depth of the raw surface will very often not exceed an eighth of an inch, and the risk of umbilical hernia is very great.

In a young and well nourished subject I regard it as a waste of time to suture the wound in stages, but in the emaciated the extra time is well spent.

The question of the material best adapted for sutures has exercised the minds and ingenuity of Surgeons to a very large extent.

When I began practice more than 30 years ago silk thread and silver wire were chiefly employed. It was held that in cases of vesico-vaginal fistula the silver wire had a great deal to do with the successful results of the more recent operations, and in some at least of the earlier abdominal operations silver wire was used for the sutures. But experience showed that it was not without disadvantages which constituted a valid objection and silk ere long entirely supplanted it. Many years ago a few experiments, first in the operations for the cure of perineal injury and vesico-vaginal fistula, and then in abdominal section convinced me that in silkworm-gut or Fil de Florence we had both the material and form which constituted the very best suture. The points in its favour were that it was

obtainable in convenient lengths and of suitable thickness for different purposes, that, when moistened in warm water it was as easily manipulated as silk thread, that it presented a smooth surface like silver wire, and was much stronger than silk thread of the same size. My observations were made in the pre Listerian days, and as in those days it underwent no preparation beyond staining with an aniline dye, so it undergoes no other process at my hands at the present day. We hear much of the sterilization of sutures etc. in these days. In silkworm gut we have a suture whose mode of manufacture ought to be sufficient to remove the scruples of the most timid Listerite or the most devout believer in the doctrine of modern Bacteriology.

Such has been my experience that I have, for many years exclusively used silkworm gut for ordinary sutures, whether involving skin or mucous membrane, and that I have equal confidence in it when used as a buried suture. Having been the first to advocate its systematic use I may be allowed to express the gratification with which I regard its extensive employment and the fact that those who have given it a fair trial are equally satisfied with their results.

CONCLUSIONS

It may be convenient to sum up the preceding argument in the following conclusions.

1. Bacteria do not play any part in the production of suppuration, but are the result and not the cause of the conditions under which they are found. Thence abscess in the wound or track of sutures is not due to the entrance of « germe » or fully-formed Bacilli, but in the former case to the presence of matter acting the part of a foreign body, and in the latter to strangulation of the tissues by too tight constriction by the suture.

2. In ordinary cases the simple interrupted suture alone is sufficient for all practical purposes.

3. In very thin or very fat subjects it is desirable to close the peretoneum separately by continuous suture while the remainder of the wound may be closed in one or two stages.

4. For the simple interrupted suture Silkworm Gut forms the best material, while for the buried suture catgut, not chromicised, will probably be found preferable.

SCHLUSSSÄTZE

1. Die Bacterien spielen keine Rolle bei der Eiterproduction, denn sie sind das Resultat und nicht die Ursache der gewissen Verhältnisse, in welchen sie gefunden werden. Die Abscesse, die in der Wunde und in den Suturentractus vorkommen, resultiren nicht von der Einführung von « Germen » oder adulten Bacillen, sondern in erstem Falle von der Anwesenheit von todtem Gewebe als fremder Körper wirkend und im zweiten Falle von einem zu grossen Drucke in den Geweben, verursacht von zu fest angezogenen Nähten.

2. In gewöhnlichen Fällen genügt die einfache Knopfnaht zu allen Erfordernissen der Praxis.

3. Bei sehr fetten oder sehr mageren Subjecten muss man die Peritonealhöhle besonders mit einer fortlaufenden Naht schliessen, während die übrige Wunde mit einer oder zwei Etagen von Knopfnähten vereinigt wird.

4. Seide ist das beste Nähmaterial für die Knopfnaht, während das Catgut vortheilhafter ist für die verlorene fortlaufende Naht; es soll aber nicht mit Chromsäure präparirt werden.

CONCLUSIONS

1. Les bactéries ne sont pour rien dans la genèse de la suppuration, car elles sont l'effet et non la cause des conditions spéciales, dans lesquelles on les rencontre. Les abcès survenant dans les plaies ou sur le trajet des sutures ne sont pas dus à la pénétration de « germes » ou de bacilles adultes, mais proviennent dans le premier cas de la présence de matière morte agissant comme corps étranger, et dans le second de la compression des tissus, produite par des sutures trop serrées.

2. A l'ordinaire la simple suture à points séparés suffira à toutes les exigences de la pratique.

3. Chez les sujets très maigres ou très gras on devra fermer le péritoine séparément par une suture en surjet, tandis que le reste de la plaie abdominale sera réunie par un ou deux étages de sutures.

4. Le crin de Florence constitue le meilleur matériel de suture pour celle à points séparés, tandis qu'il sera préférable d'employer le catgut, non préparé à l'acide chromique, pour les sutures perdues.



Rapport de M. le professeur F. LA TORRE, de Rome.

Messieurs,

La question mise à l'ordre du jour de nos séances, question qui a trait au meilleur mode de fermeture de l'abdomen dans le but de prévenir les éventrations et les abcès, est une des plus importantes. Mais il faut bien dire que cette question est plus complexe qu'elle ne paraît au premier abord. Cela est démontré par les nombreux travaux parus sur le sujet sans que l'on soit arrivé à une conclusion définitive. En effet si nous ne discutons plus aujourd'hui l'opportunité d'empêcher l'occlusion rapide de la plaie abdominale ou de la maintenir plus ou moins ouverte à son angle inférieur, si nous ne sommes plus à discuter les résultats de la suture sèche ou sanglante, il n'est pas moins vrai que la fermeture de l'abdomen donne lieu, même aujourd'hui à des discussions sur un grand nombre de points.

Ainsi la fermeture complète de la plaie abdominale est à l'heure actuelle généralement admise ainsi que la nécessité de la réunion par première intention ; point de discussion donc à ce sujet. La réalisation de ces *desiderata* est possible aujourd'hui grâce à la méthode aseptique et antiseptique. Mais on n'est pas encore d'accord sur la définition et la pathogénie des hernies et des éventrations post-opératoires. On n'a jamais eu l'idée de déterminer exactement quels sont les tissus qui doivent être incisés et suturés, quels sont les fils et le mode de fermeture les meilleurs pour avoir une cicatrice solide, pouvant s'opposer aux hernies, aux éventrations.

Vous voyez bien, Messieurs, que j'ai raison de dire que la question de la fermeture de l'abdomen est une question importante et qu'elle n'est pas encore résolue. Aussi, je pense que le Comité d'organisation de ce Congrès mérite des éloges pour avoir mis à l'ordre

du jour la question de la fermeture abdominale, discussion qui sera certainement rendue très intéressante par les nombreux et éminents orateurs qui y prendront la parole.

Parviendrai-je avec mon travail à résoudre cette question ? Peut-être, Messieurs, si je ne me trompe pas. Quoi qu'il en soit, il m'a paru indispensable pour m'acquitter le plus utilement possible de ma tâche, d'étudier la question au double point de vue clinique et anatomo-pathologique.

Pour pouvoir convenablement résoudre ces deux points et après avoir consulté presque tous les travaux parus sur ce sujet, j'ai estimé que ma pratique était trop limitée et qu'il était nécessaire de m'appuyer sur l'expérience aussi étendue qu'autorisée des gynécologistes en renom. Je me suis adressé aux maîtres les plus renommés en chirurgie abdominale et je leur ai posé des questions sur ce sujet; la plupart de ces Messieurs m'ont répondu avec le plus gracieux empressement. Qu'il me soit permis avant tout de leur adresser mes sentiments de gratitude.

Le second point, n'ayant pas été encore étudié au point de vue microscopique et expérimental, j'ai fait, aidé de mon assistant, le Dr Mario Schiavoni, que je remercie ici de son dévouement, de nombreuses recherches microscopiques et beaucoup d'expériences sur les animaux. Ce sont donc les résultats de cette étude que j'ai l'honneur de vous soumettre aujourd'hui.

J'aurai l'honneur d'exposer devant vous :

1° L'histoire moderne de la suture abdominale.

2° La définition des hernies et des éventrations.

3° Leur fréquence.

4° Les causes et la pathogénie des hernies et des éventrations.

5° La fermeture de l'abdomen, et je parlerai *a)* de l'endroit où l'incision doit se faire ; *b)* des fils utilisés pour la suture; *c)* du mode de suture.

6° Les résultats de mon enquête, de mes expériences et de mes recherches histologiques.

7° Les conclusions auxquelles ces résultats m'ont conduit.

8° Enfin je ferai passer sous vos yeux un album de figures coloriées de mes préparations histologiques.

De tout mon travail je ne puis vous donner qu'un court résumé. Je crois indispensable avant de vous exposer quel est à mon avis le meilleur mode de fermeture de l'abdomen, de vous dire un mot sur la définition des hernies et des éventrations, sur leur fréquence et

sur leur étiologie et leur pathogénie. Il est évident que déterminer en quoi les hernies et les éventrations consistent c'est déterminer d'une façon générale leurs causes. Et c'est en connaissant bien les causes que nous pouvons comprendre comment on doit fermer l'abdomen pour prévenir les complications dont nous nous occupons.

C'est par là donc que je vais commencer, ce que je ferai brièvement car ayant le bonheur de parler à des maitres en la matière, je serai parfaitement compris en peu de mots.

Messieurs, en vous lisant mon rapport, très résumé, j'invoque toute votre bienveillance et votre sympathie pour mon modeste travail, qui faute de mieux plaidera en faveur de la bonne volonté que j'ai mis pour répondre le plus dignement possible à l'honneur que vous m'avez fait et je vous en remercie infiniment.

DÉFINITION

Ni les auteurs, ni même les écrivains spéciaux ne sont encore d'accord sur la définition des hernies et des éventrations post-opératoires. Quelques-uns les confondent tandis que d'autres les distinguent et les séparent en deux classes.

Il n'y a pour moi, entre la hernie et l'éventration qu'une différence de volume.

Ainsi, Bourguelle, Wertheimer, Overthon, Spencer Wells, veulent que la hernie post-opératoire se forme par distension de la cicatrice, tandis qu'Albert, Bonavita, Gouilloud et d'autres disent que l'éventration se produit soit à la suite de la déchirure de la cicatrice, soit parce que celle-ci n'a jamais existé (défaut de réunion de l'aponévrose). Ces définitions sont incomplètes.

D'après nos recherches, la cause peut être la distension de la cicatrice lorsque le viscère sorti est de petit volume (hernie) mais dans la majorité des cas, la hernie ou même l'éventration (hernie volumineuse) est due à la déchirure de la cicatrice ainsi qu'à un défaut de réunion partielle ou totale de la plaie aponévrotique. Nous les définissons ainsi : Les hernies ou les éventrations post-opératoires sont constituées par la sortie d'une portion ou de plusieurs viscères entiers à travers les bords des muscles droits à la suite de la distension de la cicatrice qui les réunit ou par la déchirure de cette cicatrice, ainsi que par défaut de réunion primitive des bords aponévrotiques.

FRÉQUENCE

Les hernies étaient très fréquentes autrefois, lorsqu'on fermait l'abdomen d'après la méthode extra-péritonéale, quand la plaie suppurait, quand on était forcé de mettre des drains, surtout le drainage à la Mickuliez et quand on suturait les tissus en masse. A cette époque il y avait, à ce qu'il paraît, autant de hernies que d'opérés.

Aujourd'hui, depuis que l'on ferme l'abdomen d'après la méthode intra-péritonéale, depuis que la suppuration est plus rare et qu'on obtient la réunion par première intention à l'aide de la suture en étages, sa fréquence en est beaucoup moindre.

Elle pourrait être, d'après ma statistique, évaluée à une moyenne de 8 ou 10 °/o. Mais en réalité la proportion doit être plus grande.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il est facile de concevoir quelles peuvent être les causes des hernies, lorsqu'on sait qu'elles sont constituées par le défaut de réunion des bords de la plaie aponévrotique, par la lacération de la cicatrice ou par sa simple distension.

Les causes ne sont pas encore bien connues. Elles sont déterminantes et occasionnelles.

Les causes déterminantes sont : cicatrice mince, pas solide, et ouverture du plan musculo-aponévrotique.

Les causes occasionnelles sont toutes les circonstances qui empêchent la réunion de la plaie, qui favorisent la distension et la lacération de la cicatrice et qui font réunir la plaie par seconde intention.

Voyons, avant de passer outre, quels sont les tissus de la paroi abdominale qui se réunissent difficilement ou dont la cicatrice se distend et se déchire facilement. Ce sont les tissus fibreux de la ligne blanche parce que leur réunion par première intention est difficile ou parce que la cicatrice n'est pas solide. Dans les tissus musculaires au contraire, la réunion par première intention se produit toujours et la cicatrice qui en résulte est solide.

Il est à peine nécessaire de dire qu'il ne s'agit pas de la réunion de la peau, ni du péritoine, mais exclusivement de l'aponévrose.

D'autre part, au point de vue clinique, on peut dire que les causes des hernies ou des éventrations sont directes et indirectes.

Les *causes directes* peuvent être réunies sous trois chefs.

1° *Causes qui empêchent la réunion des bords de la plaie aponévrotique:* suture mal faite, lorsqu'elle ne fait pas coapter parfaitement toute la plaie, quand les points sont trop éloignés les uns des autres ou qu'il y a de la graisse ou du péritoine qui font hernie dans la plaie.

2° *Causes qui font réunir la totalité ou une partie de la plaie par seconde intention:* suppuration, drainage.

3° *Causes qui déchirent la matrice:* pression anormale intra-abdominale, énorme distension de l'abdomen par tumeur, grossesse, etc., énorme dépôt de graisse dans l'épaisseur de la paroi abdominale, etc.

Les *causes indirectes* sont toutes les circonstances qui prédisposent à la distension d'abord et puis à la déchirure de la cicatrice comme : enlever les sutures trop tôt, permettre à la malade de quitter hâtivement le lit, ne pas lui imposer le port d'une ceinture abdominale, ne pas lui défendre de porter de lourds fardeaux, employer des fils à suture qui se résorbent avant que la cicatrice soit devenue solide.

La direction, l'extension et la situation de l'incision favorisent-elles la production des hernies?

La direction en tant que ligne oblique ou courbe, non, mais la direction oblique ou courbe de l'incision, oui, parce qu'en s'éloignant de la ligne médiane elle portera sur des tissus musculaires. La cicatrice qui en résulte étant plus solide, s'oppose à la formation des hernies. Il semble d'après quelques auteurs (H. Durand, Waldo) que l'extension de la plaie est contraire à la production des hernies car avec une grande incision on abîmera moins les bords de la plaie et elle se réunira par première intention.

Le niveau trop haut ou trop bas de l'incision, malgré ce que Fasola, Bonavita et Glénard ont dit n'exerce pas une influence absolue, puisque l'on voit des hernies dans tous les points de la cicatrice, même souvent à l'angle supérieur. Les viscères s'insinuent là où ils trouvent un point faible ou ouvert, et des points ouverts il peut s'en trouver partout dans la cicatrice.

FERMETURE DE L'ABDOMEN

La fermeture de l'abdomen est le point principal de notre thèse, aussi il faut bien l'étudier.

On a étudié jusqu'à présent la fermeture de l'abdomen à deux

points de vue, les fils et la suture. Une pareille étude est incomplète et c'est une erreur de se borner à ces deux points seulement. Il faut aussi prendre en considération les tissus à suturer. En effet, partant du principe que la hernie est due à la mauvaise réunion du plan musculo-aponévrotique, qu'il est indispensable de fermer ce plan et que souvent on n'y arrive pas malgré de bons fils et une bonne suture, on est contraint d'admettre qu'il existe un autre facteur dont on ne tient pas assez compte.

Ce facteur n'est autre que les tissus que l'on suture.

Nous étudierons donc : 1° quels sont les tissus qui doivent être incisés et suturés pour avoir une réunion par première intention et une cicatrice suffisamment solide ; 2° quels sont les fils qui réunissent le mieux les lèvres de la plaie en la mettant à l'abri de toute infection ; 3° quel est le mode de suture qui assure le mieux une large surface de contact entre des tissus homonymes.

Cela fixé nous devons étudier la fermeture de l'abdomen dans les circonstances les plus ordinaires :

A. Lorsqu'on opère d'après la méthode intra-péritonéale.

B. Lorsqu'on opère d'après la méthode extra-péritonéale.

La fermeture peut être primitive et secondaire, c'est-à-dire, quand on suture l'abdomen pour la première fois et quand on le ferme pour la seconde ou la troisième fois. Il est très rare de voir fermer l'abdomen pour une seconde ou troisième fois par la méthode extra-péritonéale.

Nous traiterons donc :

<table><tr><td rowspan="3">Fermeture de l'abdomen</td><td rowspan="2">A. méth. intra-périton.</td><td>primitive.</td></tr><tr><td>secondaire.</td></tr><tr><td colspan="2">B. méthode extra-péritonéale.</td></tr></table>

Nous devons examiner dans chacun de ces cas l'incision, les fils et la suture.

A. MÉTHODE INTRA-PÉRITONÉALE. FERMETURE PRIMITIVE.

1° *Incision.* Nous avons vu que les meilleurs tissus à inciser et à suturer pour avoir une réunion par première intention et une cicatrice solide, sont les tissus musculaires, parce qu'ils sont riches en tissus connectifs et en vaisseaux ; les tissus aponévrotiques sont peu favorables à la réunion parce qu'ils en sont dépourvus. Et pourtant

l'incision sur la ligne blanche est presque la seule que l'on pratique.

Pourquoi donc incise-t-on sur des tissus aponévrotiques ?

On ne le sait pas au juste.

Lorsque la laparotomie prit droit de cité dans la pratique chirurgicale, elle trouva en ce qui concerne l'incision de l'abdomen, des règles et des convictions bien arrêtées par ceux qui pratiquaient l'opération césarienne post-mortem d'après les prescriptions de la *lex regis* ou de l'église chrétienne. Le précepte de Mauriceau, en opposition à celui de Rousset incisant sur le côté chez les femmes vivantes, prescrivait l'incision médiane sur la ligne blanche pour l'opération césarienne post-mortem ; et cela, dit Mauriceau, pour pénétrer plus facilement dans la cavité, tandis qu'en coupant sur les côtés on trouve la paroi plus épaisse. Il n'était donc pas dans tout cela, question de cicatrice car on opérait, je le répète, sur des femmes mourantes.

Le précepte de Mauriceau néanmoins s'imposa à plusieurs générations de médecins.

Il y eut de tout temps cependant des chirurgiens (Levet, Malgaigne) qui pour obtenir une cicatrice solide, incisaient sur le muscle. Plus tard, les premiers laparotomistes : E. Mac Dowel, Mercier, Nathan Smith et d'autres pratiquèrent l'incision latérale, parallèle à la ligne médiane.

Mais cette pratique a dû être bien vite abandonnée, car Spencer Wells accepta le précepte de Mauriceau et pratiqua l'ouverture de l'abdomen sur la ligne blanche. Aucun des grands opérateurs postérieurs ne s'est éloigné du précepte de Spencer Wells qui n'a jamais, dit Olshausen, incisé hors de la ligne blanche.

L'incision médiane sur la ligne blanche est donc pour ainsi dire la seule acceptée aujourd'hui officiellement.

Est-ce l'idéal ?

Comme incision, oui, je l'accepte. Mais comme tissus qu'elle nous donne à suturer, non.

L'incision médiane offre évidemment des avantages que vous tous connaissez. Les plus sérieux sont que l'on coupe presqu'à blanc et que l'on évite les hémorragies. Mais aujourd'hui après les recherches de Dembavschi-Mickulicz et de Weit-Weiser sur les conséquences d'un peu de sang dans la cavité péritonéale, ces avantages n'ont plus la même importance.

Par contre l'incision et la suture consécutive d'une plaie faite sur l'aponévrose de la ligne blanche présentent des inconvénients très

sérieux, tels qu'une cicatrice mince et qui se déchire facilement ou un défaut de réunion des lèvres aponévrotiques. Toutes conditions favorables à la production des hernies.

Que la cicatrice musculaire soit plus solide que celle de l'aponévrose, nous en avons la preuve dans un fait clinique : la cicatrice de l'utérus incisé, dans l'opération césarienne, résiste à la distension des grossesses postérieures, tandis que la cicatrice de la ligne blanche cède aisément.

Pourquoi l'incision de la ligne blanche s'est-elle donc seule conservée jusqu'à nos jours ?

1° Parce qu'on est parti d'une idée fausse sur le mécanisme de la formation des hernies et que par conséquent on a mal conçu les moyens pour les prévenir, en se préoccupant davantage des petits détails de technique et sans avoir jamais songé aux conséquences de la cicatrice ;

2° Parce qu'on a suivi trop aveuglément les anciennes doctrines suivies par Spencer Wells ;

3° Parce qu'une incision latérale empêchait la libre manœuvre sur le côté opposé ;

4° Parce qu'on craignait l'épanchement sanguin.

Il eut été certainement téméraire de se heurter autrefois contre quelques-uns de ces arguments considérés comme des dogmes. Tout cela a bien perdu aujourd'hui de son importance. L'incision sur la ligne blanche est encore conservée, non parce qu'elle possède en elle-même une supériorité bien évidente mais surtout en raison de sa simplicité.

Je crois que cela est trop peu et qu'il est temps de porter la discussion sur d'autres procédés qui sans mettre les femmes en plus grand danger nous donnent de meilleurs résultats. C'est vous dire que je préfère l'incision à travers les muscles, puisque somme toute, l'incision sur la ligne blanche n'est plus pratiquée par tous les gynécologistes d'aujourd'hui et parce que mes expériences et mes recherches microscopiques me donnent la confirmation de sa supériorité.

En effet, Stower, Hagen Tovn, Fritsch, Abel, Pasquali, Bold, Edebohls, Le Dentu, Pawlick, Sneguireff, Ferrari, P. Bouilly, Calderini, Döderlein, Veit, Berruti, Biondi, Muller, Baldy, Ehrendorfer, Becker, Noble, Van Cauvenberghe, Doléris et bien d'autres pensent qu'il faut abandonner la ligne médiane et intéresser d'une façon ou de l'autre les muscles droits si l'on veut une cicatrice solide.

Et ceux qui n'ont pas voulu suturer les muscles pratiquent des sutures spéciales de l'aponévrose pour en assurer la parfaite réunion, par exemple Condamin et Goullioud. D'autres sont d'avis que l'on peut à son gré suturer les muscles ou l'aponévrose et ils sont en vérité peu nombreux ceux qui préfèrent encore aujourd'hui l'incision sur la ligne blanche. Je suis pour la suture en plein muscle, ainsi seulement nous pourrons éviter les hernies. Qu'est-ce que nous faisons en effet dans le traitement de l'éventration ? Nous enlevons tout simplement le sac herniaire jusqu'aux muscles et nous les suturons.

Or si nous faisons cela dans une deuxième opération, il me semble qu'il est assurément plus raisonnable de le faire tout d'abord pour ne pas y revenir.

M. Pozzi ouvre les gaines et avec un coup de bistouri incise le bord des muscles droits pour ainsi dire en les dédoublant, et puis suture les muscles intéressés.

Mais voulant suturer en plein muscle, est-ce que je veux reprendre l'incision latérale de Levet ?

Non, j'ai déjà dit que j'accepte l'incision médiane, mais modifiée. dans le sens de ne pas comprendre l'aponévrose dans la suture ; je vais vous exposer cela dans un instant.

Comment doit-on procéder pour suturer en plein muscle ?

Les méthodes le plus en usage aujourd'hui, par lesquelles on incise sur les muscles, sont celles de Fritsch, d'Abel et d'Edebohls. Tous les trois coupent sur un muscle droit en respectant et en laissant en place l'aponévrose de la ligne blanche et en suturant à plusieurs étages. La cicatrice qui en résulte doit être excellente. Mais il y a un inconvénient, c'est qu'en laissant en place l'aponévrose de la ligne blanche on peut observer une distension par le fait de grossesse, de tumeur, d'ascite etc., et il pourra se produire une de ces pseudo-éventrations volumineuses, graves, gênantes, pour lesquelles on est obligé d'intervenir par une laparotomie. Tels sont les cas de Le Dentu, de Mayol, de Czerny, etc. De plus chez les femmes à parois abdominales relâchées où l'aponévrose de la ligne blanche constitue déjà une espèce d'éventration, laisser en place cette ligne blanche n'est certainement pas une mesure prudente. Il y a donc dans cette méthode un point à modifier, modification rationnelle, indispensable dans les cas où les opérées peuvent devenir enceintes après l'opération ou lorsqu'il existe distension de l'aponévrose, à savoir, enlever l'aponévrose et suturer sur les bords des muscles droits

cruentés: telle est la meilleure méthode, mes expériences et mes recherches le démontrent parfaitement.

2° — *Fils*. L'étude des fils est aussi intéressante.

Les fils doivent posséder certaines qualités : faire bien coapter les lèvres de la plaie et la mettre à l'abri de l'infection.

Les fils le plus en usage sont le fil d'argent, le crin, la soie et le catgut. Voyons quelle est la meilleure substance dont on puisse se servir pour les sutures.

1° *Fil d'argent*. — L'enthousiasme suscité autrefois par le fil d'argent s'est refroidi. Schede a bien voulu lui donner un regain d'actualité; une foule de chirurgiens après lui s'en servent avec grand succès.

Les avantages de ce fil sont qu'il peut être très facilement nettoyé et stérilisé, qu'il ne s'oxyde pas et que, étant constitué par une substance métallique homogène, il n'est pas susceptible de renfermer des microorganismes.

Ce fil présente cependant des inconvénients; il se plie et il s'enroule en formant des nœuds, ou il se casse facilement. De plus s'il est coupé court, les extrémités piquent, et si les chefs sont trop longs les fils sont exposés au tiraillement.

2° *Crin de Florence*. — Le crin revient lui aussi en vogue. Ce fil étant formé par une substance dure à surface lisse bien que canaliculée dans le sens longitudinal, peut être facilement nettoyé et stérilisé. D'après Guermonprez on peut faire des nœuds qui tiennent très bien, grâce à ses cannelures. Pozzi le nie. Le crin est bien toléré par les tissus. Cette qualité le rend utile chez les opérées qui toussent ou vomissent, parce qu'on peut prolonger son séjour dans les sutures. Le crin se conserve longtemps dans une solution antiseptique.

Le crin aussi a ses inconvénients. Il se fissure, il se crevasse à peu près comme un cristal qui se clive. Cet inconvénient le contreindique pour les ligatures à court rayon. Il est pourtant excellent pour une suture en masse à points séparés.

3° *Soie*. — Si nous voulions borner nos considérations seulement à la structure et à la nature de la soie, nous devrions bien dire que ce fil est le moins bon. Et pourtant pouvant bien le stériliser on fait avec la soie aujourd'hui tout ce que l'on veut. C'est un agent précieux pour la suture. Bien que la soie soit le meilleur fil, néanmoins elle présente des inconvénients. Elle s'effiloche, elle se casse si elle reste longtemps dans une solution antiseptique, elle peut à cause de

sa porosité être imbibée par les liquides organiques et être la cause d'une infection secondaire. Enfin dans les sutures profondes, si la soie n'est pas parfaitement pure, elle peut donner lieu à de petits abcès ou fistules qui peuvent durer longtemps.

Dans les cas où l'on craint l'infection, le fil d'argent et le crin sont préférables pour la suture de la paroi abdominale.

4° *Catgut.* — Formé d'intestins de moutons le catgut est souple et solide, en même temps apte par sa provenance animale à se ramollir et à être absorbé. Ces propriétés ont acquis au catgut une importance énorme. Pour Pozzi, il n'y a pas en gynécologie et en chirurgie de matériel de suture qui puisse se comparer au catgut.

Ce fil est résorbé dans l'espace de 8-15 ou 40 jours, selon sa grosseur et sa péparation, puisque le catgut *chromique* ne se résorbe pas, et celui préparé par Edebohls au bichromate de potasse reste jusqu'à 40 jours avant de se résorber. Le catgut peut être employé comme la soie pour n'importe quelle suture ou ligature.

Les reproches que l'on peut faire à cet excellent fil sont qu'il se casse, qu'il n'est pas souple, qu'il ne se résorbe pas et qu'il se stérilise difficilement. Le reproche le plus sérieux est la difficulté de la stérilisation, qui est longue, minutieuse et parfois difficile. Il faudrait le stériliser soi-même, ce qui a amené chaque opérateur à avoir son procédé. Le procédé le plus généralement accepté est celui de Reverdin, et dans le cas où l'on ne possède pas d'étuve, Lucas Championnière recommande le procédé primitif de Lister.

De ces quatre fils, le fil d'argent se stérilise avec une extrême simplicité, il suffit de le passer à la flamme. Le crin peut être aisément soumis à l'ébulition. La soie se stérilise avec une grande facilité en la faisant bouillir pendant 10 minutes dans une solution de sublimé au 1 °/oo ou d'acide phénique au 5 °/o. Seule la stérilisation du catgut est longue et difficile, mais on en trouve de très bon aujourd'hui, ce qui est un avantage à côté d'un inconvénient.

Au point de vue de l'asepsie il n'y aurait pas même l'embarras du choix; le fil d'argent et le crin devraient être préférés, le crin avant les autres au point de vue des avantages. En effet le crin ne s'effiloche pas comme la soie, il ne s'enroule pas comme le fil d'argent, il ne se casse pas comme le catgut, il se crevasse seulement, mais il résiste. C'est pourquoi en Allemagne, en Angleterre, en France et surtout en Amérique on se sert beaucoup de ce fil; en Italie, chose fort curieuse, on ne le connait presque pas. Toutefois

les fils dont on se sert presque exclusivement sont la soie et le catgut seul ou associé à la soie.

Edebohls vient d'apporter une très importante modification à la préparation du catgut. Il prépare le catgut avec une solution de bichromate de potasse et puis le stérilise. Le catgut ainsi préparé dure environ six semaines avant d'être résorbé, ce qui permet à la réunion de se faire parfaitement.

La soie ou le catgut, seuls ou ensemble, sont les meilleurs fils : mais le fil d'argent et le crin sont préférables quand il faut faire en outre une suture en masse et quand on craint l'infection.

3. *Sutures.* — Peut-être s'est-on même trop occupé de la suture; elle représente certainement un des facteurs importants pour obtenir une bonne cicatrice; mais la suture n'est pas tout. En effet on a des hernies avec toute espèce de suture et on obtient de bons résultats en fermant l'abdomen avec toute espèce de suture. La suture a une importance qui varie selon les tissus sur lesquels elle est pratiquée ; c'est ainsi que tous les types de suture ne sont pas également bons pour réunir l'aponévrose de la ligne blanche, tandis qu'ils peuvent être tous excellents quand la suture se fait sur les tissus musculaires. Mes recherches histologiques sont là pour en donner la preuve.

Depuis que Kovacs inaugura la suture à trois étages, depuis que Broors, Schröder, et A. Martin, ont généralisé la suture à plans superposés ou perdus, on ne devrait plus parler d'autres modes de suture; la suture à plusieurs plans devrait s'imposer. Néanmoins comme on peut être obligé de recourir à d'autres types, il me paraît indispensable d'étudier les différentes espèces de suture pour voir quelle est celle qui donne la meilleure cicatrice dans les tissus aponévrotiques et musculaires.

Les sutures le plus en usage sont celles en masse et en étage, celle-ci à points continus, séparés et mixtes; nous avons donc quatre types de sutures.

Il résulte de mes recherches que la suture en masse pratiquée avec toutes les précautions a donné des hernies, tandis que les sutures en étages ont donné de bons résultats. C'est pourquoi la plupart des chirurgiens ont abandonné la suture en masse. Par contre les quatre types de suture ont donné de bons résultats, lorsqu'on

les a pratiqués sur les tissus musculaires. Vous en comprenez bien la raison.

Etudions maintenant les sutures par rapport aux fils. — Les conditions indispensables pour une bonne suture sont qu'il y ait une parfaite coaptation dans toute l'étendue de l'incision, de façon qu'il n'existe pas d'espaces morts et que les points ne soient pas trop serrés et coupent les tissus.

Ces conditions peuvent assez difficilement se réaliser, lorsqu'on suture en masse au fil d'argent les tissus incisés sur la ligne médiane, car le fil d'argent serre excessivement et on ne peut donner une coaptation suffisante sans une constriction exagérée; les lèvres aponévrotiques s'enroulent. Ce même fil métallique se prête mieux lorsque les lèvres sont plus épaisses, comme c'est le cas quand on enlève l'aponévrose de la ligne blanche et quand on avive les muscles; les surfaces dans ces conditions sont plus larges, mieux aptes à la réunion et les bords ne s'enroulent guère. Le fil d'argent ne vaut rien quand les parois abdominales sont surchargées de graisse.

Ces derniers temps Schede employa le fil d'argent même pour les sutures profondes perdues. Je ne crois pas que ce genre de suture puisse se généraliser.

On en peut dire de même du crin de Florence. Il ne se prête pas aux sutures à surjet à petit rayon, mais il est bon pour les sutures en masse. Guermonprez vante cette suture comme Edebohls le faisait autrefois; il a dû l'abandonner parce que, abandonné dans l'épaisseur des tissus, il donnait lieu à des suppurations. Bantock et Sänger s'en servaient et Chase ne trouve pas que la suture en masse au crin soit préférable.

Quoiqu'il en soit, les meilleurs fils sont le catgut et la soie sous tous les rapports, mais celle-ci a l'avantage de pouvoir rester toujours en place sans s'affaiblir et se résorber, même quand elle est fine, ce qui n'est pas possible avec le catgut. Comme nous avons admis que le meilleur mode de suture est la suture en étages et si possible en surjet, c'est avec la soie et le catgut que l'on obtiendra de bons résultats.

Presque tous les chirurgiens se servent aujourd'hui du catgut pour les sutures profondes et de la soie pour celles de la peau. Durante n'est pas de cet avis, car ne pouvant pas stériliser complètement la peau ou mieux les conduits des glandes, etc., il craint que les fils en traversant ces organes ne transportent des germes patho-

gènes, et par conséquent il se sert du fil d'argent pour suturer la peau.

De tout ce que nous venons de dire je crois pouvoir affirmer 1[e] que les meilleurs tissus pour la suture sont les muscles après excision de la ligne blanche ; 2° que les meilleurs fils sont la soie et le catgut ; 3° que la meilleure suture est celle en étages. C'est avec un mode de fermeture pratiquée dans de pareilles conditions qu'on peut mettre complétement en pratique les principes qui servent de base à la cure opératoire des hernies. C'est notre mode de fermeture de l'abdomen ; c'est le procédé que j'ai l'honneur de vous proposer et que je considère comme supérieur à celui de Fritsch, d'Abel et d'Edebohls parce que par l'ablation de la ligne blanche il met à l'abri de la seule cause des hernies, cause subsistant avec les autres procédés.

Il est probable que beaucoup de chirurgiens ont déjà pratiqué ce procédé, mais aucun d'eux, que je sache, ne l'a proposé d'une façon catégorique, aussi, je me permettrai si vous le voulez bien, d'en accepter la paternité.

Voici comment je procède. Il n'y a rien de modifié dans la préparation générale de la malade et dans la technique opératoire ordinaire.

J'incise la peau, l'aponévrose de la ligne blanche et le péritoine en suivant la ligne médiane, précisément comme dans toute laparotomie et cela pour bénéficier de tous les avantages que l'incision à cet endroit nous offre. Puis je pratique mon opération, quelle qu'elle soit.

La toilette de la cavité péritonéale achevée, je passe à la fermeture du péritoine avec un premier plan de suture en surjet au catgut. Cela fait au lieu de suturer les lèvres de l'aponévrose de la ligne blanche, je les enlève en coupant avec des ciseaux ou avec le bistouri le bord interne des muscles droits et en enlevant bien entendu une petite tranche des muscles. J'excise donc tout le tissu fibreux de la ligne blanche et un peu de tissu musculaire après avoir fermé la cavité péritonéale pour me mettre à l'abri de tout épanchement sanguin intra-péritonéal. Le suintement sanguin fini, je pratique un second plan de sutures en surjet au catgut sur les lèvres du *fascia transversalis* ou sur celles des feuillets postérieurs de la gaîne des muscles droits ; avec un troisième étage de sutures à la soie ou au gros catgut je réunis les deux muscles droits en ayant la précaution de ne pas trop serrer les sutures, dans le cas contraire les surfaces

de section des muscles ne sont plus en contact, les faces supérieures des muscles s'adossent et la réunion ne peut avoir lieu; les éléments histologiques sont séparés par une mince couche de tissu cicatriciel et les bords des muscles restent séparés de quelques millimètres environ ainsi que nous le verrons dans les figures 3 et 4. Tandis que quand les surfaces incisées s'adaptent parfaitement, la fusion des éléments anatomiques se vérifie même sans traces de tissu cicatriciel apparent, nous en avons un bel exemple dans la figure 8. Un quatrième plan de sutures à surjet au catgut réunit les feuillets antérieurs de la gaîne musculaire et un cinquième plan à surjet ou à points séparés à la soie, au fil d'argent ou au crin ferme la peau avec son tissu sous-cutané.

Si la peau est en excès à cause de la section de l'aponévrose on peut en couper une partie ; de même s'il s'agit de graisse qui fait hernie.

Tel est le procédé que je vous propose et qui est fort simple; mes préparations histologiques démontrent qu'il défie toute critique soit comme processus de réparation, soit comme moyen prophylactique contre les hernies. En effet, si nous pensons aux trois groupes des causes des hernies, nous comprenons facilement qu'un procédé opératoire pareil peut seul s'opposer à la réalisation de ces causes.

C'est dans l'acte opératoire même que nous évitons deux groupes de causes, car en suturant soigneusement l'aponévrose dédoublée et les muscles nous supprimons presque l'unique cause des hernies, le défaut de réunion, puisque celle-ci se fait soigneusement à trois étages. La cicatrice musculaire et aponévrotique qui en résulte est assez solide, elle représente un véritable rempart qui s'oppose au relâchement de la paroi et à la pénétration d'une portion de l'intestin, ainsi qu'aux circonstances qui favorisent la déchirure.

Voici les objections que l'on peut faire :

On peut dire c'est un procédé trop long, il faut 5 étages de suture au lieu de 3. C'est vrai. Mais mieux vaut à mon avis perdre quelques minutes de plus pour bien fermer l'abdomen et assurer le mieux possible la réunion du plan musculo-aponévrotique qu'avoir une éventration qui nécessitera une nouvelle opération. Qu'est-ce que nous faisons dans le traitement radical des éventrations pour en finir une bonne fois avec cette complication ? Nous enlevons le sac herniaire en coupant jusqu'aux muscles et suturons au-dessus d'eux. Pourquoi ne pas employer cette méthode dans la fermeture primitive ?

Ce procédé me semble parfaitement raisonnable et on serait ainsi certain de n'avoir plus d'éventrations ou pseudo-éventrations gravidiques.

Au point de vue pratique cependant, il faut bien reconnaître un fait qui s'impose, c'est que malgré tous les reproches que l'on peut faire à l'incision et à la cicatrisation sur la ligne blanche, les résultats de cette incision, depuis qu'on a adopté la méthode intrapéritonéale et la suture en étages, sont quant aux éventrations assez satisfaisants. L'on peut réaliser un certain nombre des conditions, à savoir : bonnes parois abdominales, suture bien faite, pas d'efforts violents, pas de toux, pas de vomissements, séjour prolongé au lit, enlèvement des points le plus tard possible, ne pas s'exposer aux travaux pénibles, pas de grossesses après l'opération, non suppuration de la plaie, etc.

Comme il est difficile que toutes, ou que la plus grande partie de ces conditions puissent se réaliser, il s'ensuit fatalement que l'union de l'aponévrose médiane ne se fait pas ou que la cicatrice se déchire plus ou moins vite.

Il y a des cas où la seule suture en étages ne suffit pas et où l'on n'a pas le choix des fils. Il est nécessaire de pratiquer alors, outre la suture en étages, une suture en masse avec un fil dont on est sûr au point de vue aseptique.

La variété des cas et les circonstances différentes dans lesquelles on peut se trouver pour opérer étant multiples, il n'est pas permis d'être exclusif surtout dans le choix du fil, et dans celui du type de suture.

Il est nécessaire par conséquent d'être *éclectique,* selon les cas et les circonstances en se servant de l'un ou de l'autre fil ou de plusieurs ensemble de même que pour les types de suture.

Mais il faut toujours suturer sur les muscles.

Fermeture secondaire de l'abdomen.

La fermeture secondaire doit être étudiée dans deux circonstances : *a)* en cas d'éventration post-opératoire ; *b)* lorsqu'on doit rouvrir l'abdomen pour suppuration de la plaie ou pour une autre complication. Dans le cas d'éventration post-opératoire il faut considérer

aussi deux cas, *a)* quand les intestins ne sont pas adhérents ; *b)* quand les intestins sont adhérents à la face interne du sac.

a) *Fermeture secondaire réclamée par l'éventration post-opératoire.*

a) Eventration avec intestin non adhérent. — Dans la fermeture de ce genre le principe thérapeutique fondamental doit être le même que dans la fermeture primitive : enlever l'aponévrose de la ligne blanche, et suturer les muscles. Pour cela le procédé de May serait bon s'il n'y avait pas le drainage. C'est notre procédé sans le drainage.

b) Eventration avec adhérence de l'intestin. — Dans ces cas, craignant autrefois l'ouverture du péritoine ou la blessure de l'intestin, on cherchait à tourner les difficultés en pratiquant la méthode d'invagination que Gerdy pratiquait pour les hernies inguinales, que Simon d'Heidelberg appliqua aux éventrations abdominales en général et qu'on applique aujourd'hui avec des modifications aux dilatations primitives de l'estomac.

De nos jours, étant devenu plus hardi, on pratique une véritable *éventrectomie*, comme le dit Condamin, dont le procédé serait le meilleur si on le modifiait.

Il ouvre l'abdomen d'un côté et découvre les intestins, il les détache et quand il ne le peut pas, il sculpte avec le bistouri ou les ciseaux sur la face interne du sac herniaire, de façon à laisser des petits lambeaux sur la face externe du viscère. Puis après avoir assuré l'hémostase, même avec quelques points de suture, il coupe de l'autre côté et enlève ainsi tout le sac. Condamin coupe jusqu'aux bords des muscles droits qui forment le collet et il ferme le ventre en suturant les bords de l'aponévrose avec un double surjet croisé, pour mieux assurer la réunion de l'aponévrose. Le tort de Condamin est de ne pas suturer les muscles. Son procédé sera complet quand il y apportera cette modification. On peut dire la même chose du procédé de Goullioud, qui ne s'adresse pas aux muscles droits.

b) *Fermeture secondaire pour suppuration ou autre complication.*

Quelle qu'en soit la raison : suppuration de la plaie ou une complication quelconque, pour laquelle on doit rouvrir l'abdomen

il faut, avant de le refermer, aviver les bords de la plaie. Il faut absolument mettre la plaie abdominale dans les mêmes conditions qu'en cas de fermeture primitive : suturer sur les tissus musculaires. En cas contraire, la réunion par première intention n'a pas lieu et on est toujours sous la menace ou en présence d'une nouvelle éventration qui réclamera une troisième laparotomie. Un cas typique de ce genre a été signalé par Laroyenne en 1893-95.

Recherches expérimentales.

Dans nos recherches, pratiquées sur plusieurs chiens, nous nous sommes proposé de voir si, ce que l'anatomie et la physio-pathologie, la clinique et le raisonnement scientifique nous prouvent, peut-être démontré par des faits expérimentaux ; nous avons étudié la suture abdominale qui est la plus capable de mettre à l'abri des hernies. Nous avons opéré en prenant toutes les précautions connues chez l'homme, et nous avons pratiqué chaque type de suture sur deux groupes de six chiens chacun. Sur un groupe de chiens nous laissions en place l'aponévrose de la ligne blanche en suturant ses lèvres ; sur un autre groupe de six chiens nous enlevions la ligne blanche et suturions, en répétant la même suture, pour les muscles et pour les lèvres de sa gaîne.

Nous nous sommes servi de la soie, du catgut et du fil d'argent.

Voici les résultats cliniques.

a) Sutures en étages à points continus, séparés et mixtes.

Ces sutures pratiquées, chacune six fois, sur l'aponévrose de la ligne blanche donnèrent, après un mois, une hernie = 5,5 %.

Ces mêmes sutures pratiquées également chacune six fois en plein muscle, après excision de l'aponévrose, donnèrent six guérisons = 0 % de hernie.

b) Suture en masse. — Cette suture pratiquée six fois après excision de la ligne blanche donna cinq guérisons et une hernie, soit 20 % ; pratiquée six autres fois en pleine aponévrose donna une guérison et cinq éventrations ; presque le 100 %.

Ces expériences démontrent : 1° que la suture en étages, quel qu'en soit le type, nous donne de bons résultats ; 2° que dans le seul cas où elle manqua, il s'agissait d'une suture à points séparés sur la

ligne blanche ; 3° que la suture en masse peut donner de bons résultats quand on la pratique en plein muscle ; 4° que la suture en masse pratiquée en respectant l'aponévrose de la ligne blanche donne des résultats désastreux.

Recherches microscopiques.

Après 8 mois nous avons sacrifié les animaux pour l'examen microscopique ; en voici les résultats ; les figures que je fais passer sont plus démonstratives que les descriptions que je pourrai faire.

Les résultats sont favorables à la suture en étages, quel qu'en soit le type *pourvu que l'aponévrose de la ligne blanche soit excisée* (figures 3, 4, 8, 10).

Le seul cas où il se produisit un relâchement de la cicatrice a trait à une suture en étages à points séparés *sans excision de la ligne blanche* (figure 7).

La suture en masse *avec excision de l'aponévrose* donna de bons résultats (figures 2, 9) ; mais pratiquée *sans avoir enlevé l'aponévrose*, elle donna toujours des hernies plus ou moins volumineuses (figures 1, 6).

L'examen histologique confirme donc les déductions cliniques que nous venons d'exposer.

B. MÉTHODE EXTRA-PÉRITONÉALE.

S'il nous est facile de fermer bien l'abdomen en opérant d'après la méthode extra-péritonéale, il n'en est pas de même quand on est obligé de fixer le pédicule au dehors. Nous savons en effet combien de fois cette méthode donne lieu aux hernies et combien il est difficile de les éviter.

La fermeture qui paraît garantir le mieux contre les éventrations est, à mon avis, celle pratiquée d'après le procédé opératoire de Durante (de Rome).

Messieurs, j'en ai fini. Je me résume en quelques mots seulement et je conclus.

Le mode de fermeture de l'abdomen qui paraît garantir le mieux contre les hernies et les abcès, est double; l'un en opérant d'après la méthode intra-péritonéale, l'autre en opérant d'après la méthode extra-péritonéale.

Pour le premier cas il n'y a, soit dans la fermeture primitive, soit dans la secondaire, que le procédé que j'ai eu l'honneur de vous exposer : (ouverture de l'abdomen sur la ligne blanche, excision de l'aponévrose et du bord interne des muscles droits, quatre ou cinq étages de suture au catgut, à la soie ou au fil d'argent; enfin les soins les plus minutieux) qui mettent les opérés à l'abri de la déchirure de la cicatrice.

Ce procédé est le résultat de l'examen de tous ou de presque tous les travaux parus sur ce sujet, il se fonde sur l'opinion du plus grand nombre des gynécologistes les plus éminents, sur la pratique des cliniciens les plus distingués, il est excellent au point de vue de la clinique expérimentale : ces résultats sont confirmés par les recherches histologiques.

Permettez-moi donc de dire, qu'un procédé opératoire qui se présente avec un tel cortège de faits plaidant en sa faveur, semble être supérieur à toutes les autres méthodes.

J'espère que les éminents orateurs inscrits pour prendre la parole dans la discussion, seront favorables à ce procédé.

Maintenant que nous avons bien fixé la définition, les causes et la pathogénie des hernies et des éventrations, et que nous savons comment on doit fermer l'abdomen pour éviter cette complication, il est du plus vif intérêt d'adopter tous ce procédé pour voir au moins ce qu'il vaut.

Pour fermer l'abdomen en opérant d'après la méthode extra-péritonéale, le procédé Durante me paraît le meilleur pour s'opposer à la formation des hernies.

CONCLUSIONS

1° La fermeture de l'abdomen est encore aujourd'hui une question si intéressante qu'il vaut la peine de s'en occuper.

2° Les auteurs, et même les écrivains spéciaux ne sont pas encore d'accord

sur la définition des hernies et des éventrations. Pour nous c'est la même chose, le degré seul est différent. On doit entendre par *hernie* ou *eventration post-opératoire* la sortie des viscères à travers les muscles droits par relâchement de la cicatrice qui les réunit ou par une solution de continuité du plan musculo-aponévrotique.

3° Les hernies post-opératoires étaient très fréquentes autrefois, lorsqu'on fermait l'abdomen d'après la méthode extra-péritonéale, lorsqu'on pratiquait la suture en masse et qu'il survenait souvent de la suppuration.

Les hernies sont moins fréquentes aujourd'hui depuis que l'on ferme l'abdomen d'après la méthode intra-péritonéale, d'après la méthode extra-péritonéale modifiée par Durante, et par la suture à plusieurs étages.

4° Les causes des éventrations peuvent se réunir sous trois chefs : *a)* défaut de réunion du plan musculo-aponévrotique ou relâchement de la cicatrice ; *b)* circonstances qui déterminent la réunion de ce plan par seconde intention ; *c)* les circonstances qui prédisposent au relâchement et à la déchirure de la cicatrice.

5° Une bonne fermeture de l'abdomen résulte de trois facteurs principaux : *a)* du choix des tissus à inciser et à suturer ; *b)* des fils à suture ; *c)* du mode de suture. Les facteurs les plus importants sont l'incision et la suture, c'est-à-dire l'endroit où l'on doit inciser et comment l'on doit suturer les tissus.

6° La suture faite sur les tissus aponévrotiques de la ligne blanche est souvent une cause de hernies ; il n'en est pas de même de celle pratiquée en plein muscle.

7° La cause des hernies étant l'ouverture du plan musculo-aponévrotique, et la suture sur l'aponévrose y exposant, on devra faire porter l'incision sur la ligne blanche et puis, avant de suturer, enlever les tissus aponévrotiques sur cette ligne jusqu'à la substance musculaire des droits et suturer les gaines et les muscles.

Pour les femmes âgées ou devenues stériles, l'incision et la suture en étages, sur la ligne blanche, peuvent à la rigueur être pratiquées, si l'on peut réaliser pendant et après l'opération les nombreuses et si importantes conditions qui assurent une bonne cicatrisation. Mais cela étant presque impossible on devra recourir à l'incision et à la suture des muscles comme la pratiquent Fritsch, Abel, Edebohls.

Je crois qu'il vaut mieux prévenir l'éventration que d'avoir à l'opérer plus tard et ainsi j'excise la ligne blanche avant de fermer le ventre.

8° Dans le cas de fermeture secondaire de l'abdomen, l'incision et la suture doivent être toujours faites sur les tissus musculaires des droits.

9° Les fils le plus en usage sont la soie, le catgut, le fil d'argent et le crin de Florence. Tous sont bons, tous pouvant être bien stérilisés. La soie et le catgut sont préférables.

10° Le meilleur mode de suture doit toujours être celui à plusieurs étages, la préférence doit être donnée à la suture en surjet ou mixte, en suturant séparément : *a)* le péritoine ; *b)* les feuillets profonds de la gaine des muscles droits et la *fascia-transversalis* ; *c)* les muscles droits ; *d)* les feuillets superficiels de la gaîne musculaire et *e)* la peau avec le tissu sous-cutané.

11° Il n'est pas permis dans la pratique d'être exclusiviste surtout en ce qui concerne les fils et le type de la suture. Il est bon d'être éclectique et de se comporter différemment selon les cas et les circonstances, mais les tissus doivent être toujours traités comme je l'ai indiqué.

12° Il est nécessaire que l'opérée évite, après l'opération, toutes les cir-

constances qui peuvent compromettre la réunion par première intention et qu'elle observe pendant un certain temps un grand nombre de précautions indispensables à la conservation de la solidité de la cicatrice.

CONCLUSIONS

1. The closure of the abdomen has still so much importance, that it is worth being examined.

2. The definition of post operatory hernias is not yet settled, even by specialists. *Post operatory hernia* is the issue of viscera through an opening of the abdominal wall ; more commonly through the musculo-aponeurotic plane.

3. They were very common when the abdomen was closed by the extra-peritoneal method. They are nowadays rarer, since the abdomen, is closed after the intra-peritoneal plan or after the extra-peritoneal method, with Durante's modification.

4. Three principal factors are concerned in a good closing of the abdomen : the incision, the material of the suture, and the mode of the suture.

The most important factors are the incision and suture of the musculo-aponeurotic plane, i. e. the place where the tissues are to be cut and sutured.

5. Hernia is often produced by suture of the aponeurosis of the *linea alba*, not by suture made in the substance of the muscle.

When the patients are still apt to conceive, the operator must always suture the muscles. It is better, in that cases, to cut into the *linea alba*, then, before suturing, to cut off the aponeurosis of the *linea alba* up to the internal borders of the *recti*, and to unite by suture the muscular sheath and the muscle itself.

With old or sterile patients incision and suture in the *linea alba* might just be recommended, when it is possible to obtain, during the operation and afterwards, the conditions necessary to a good cicatrization.

In case of secondary closing of the abdomen, incision and suture have always to be made in the substance of the *recti*.

6. The most commonly used suture materials are : silk, catgut, silver-wire and wormgut.

Although all are good, silk and catgut are to be preferred.

7. The best mode of suturing is always superposed rows of suture, and suture *en surjet* has to be prefered to separate stitches ; the peritoneum, the aponeurosis of the *linea alba* (when the last one has not to be cut off), the deeper layers of the sheath of the *recti*, the muscles, the superficial layers of the muscular sheaths, then the skin with the subcutaneous tissue must be sutured separately.

8. The patient must, after being operated, use many precautions to secure a strong cicatrix.

SCHLUSSSÄTZE

1. Die Frage der Nahtmethode des Abdomens ist bis zur heutigen Stunde dermassen interessant, dass es sich wohl der Mühe lohnt, sich mit derselben zu beschäftigen.

2. Selbst die Autoritäten sind nicht einig bezüglich der Definition der nach einer Operation auftretenden Hernien.

Unter einer solchen versteht man das Austreten eines Darmes durch eine Pforte in der vorderen Abdominalwand ; diese Pforte wird durch die Aponevrose der Muskeln gebildet.

3. Die nach Operationen entstandenen Brüche waren zu der Zeit sehr häufig, als man das Abdomen nach der extraperitonealen Methode schloss. Sie sind heutzutage weniger häufig seit man die Naht nach der « intraperitonealen Methode » macht und selbst, seit man wieder die extraperitoneale Methode anwendet, allerdings in der von Durante empfohlenen Modification.

4. Eine gute Bauchnaht hängt von drei Hauptpunkten ab : erstens von der Stelle der Incision, zweitens von dem Nahtmaterial und drittens von der Art der Naht.

Den wichtigsten Faktor spielt die Incision und die später folgende Sutur der Musculatur mit entsprechender Aponevrose, d. h. der Ort wo man die Gewebe trennen und wieder vereinigen will.

5. Die Naht, welche in der Aponevrose der Linea alba applicirt wurde, ist oft die Ursache der Brüche, während die reine Muskelnaht es nicht ist.

Eine Frau, die die Chancen hat nach einer Operation schwanger zu werden, muss immer mit reiner Muskelnacht versehen werden. In diesen Fällen ist es von Vortheil die Incision in der Linea alba zu machen und darauf, bevor man die Nähte anlegt, die Aponevrose der weissen Linie zu reseciren bis zum inneren Rand des Musc. rectus Abdominis und dann die Musculatur zu nähen.

Für ältere und sterile Frauen kann die Incision und Sutur in der Linea alba bestens empfohlen werden, wenn man während und nach der Operation die Bedingungen erfüllen kann, die für eine gute Wundheilung erforderlich sind.

Im Falle einer Sekundärnaht des Abdomens müssen die Incision und Naht immer in den Musculi recti applicirt werden.

6. Das am meisten in Anwendung gezogene Nahtmaterial ist die Seide und das Catgut, sowie der Silberdraht und der Crin de Florence.

Alle diese Nahtmateriale sind gut, alle können gut sterilisirt werden ; indessen ist die Seide und das Catgut vorzuziehen.

7. Die beste Nahtmethode ist die Etagennaht ; man muss des weiteren der continuirlichen Naht vor der Knopfnaht den Vorzug geben, wenn man getrennt das Peritoneum, die Aponeurose der Linea Alba, d. h. im Falle man solche nicht resecirt, die tiefe Muskelfascie, die Musc. recti und die oberflächliche Muskelfascie näht und dann die Haut mit subcutanem Fettgewebe.

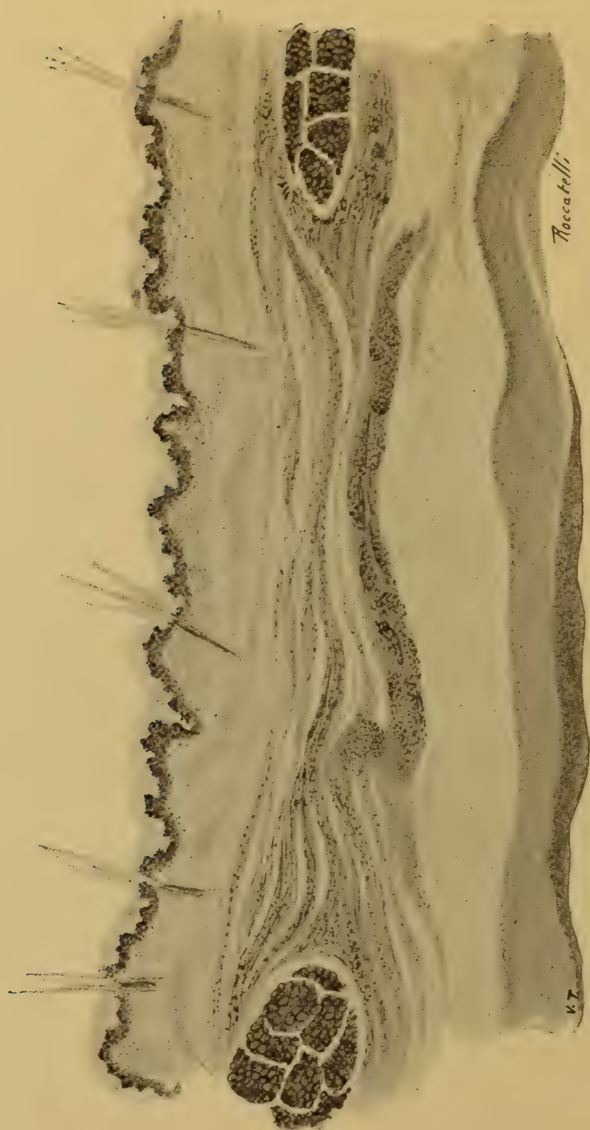
8. Um eine solide Narbenbildung zu erzielen, muss die Operirte eine Menge von Vorschriften beobachten und dies eine geraume Zeit, bis die Wundnaht sehr fest geworden ist.



SUTURE EN MASSE SUR LES MUSCLES



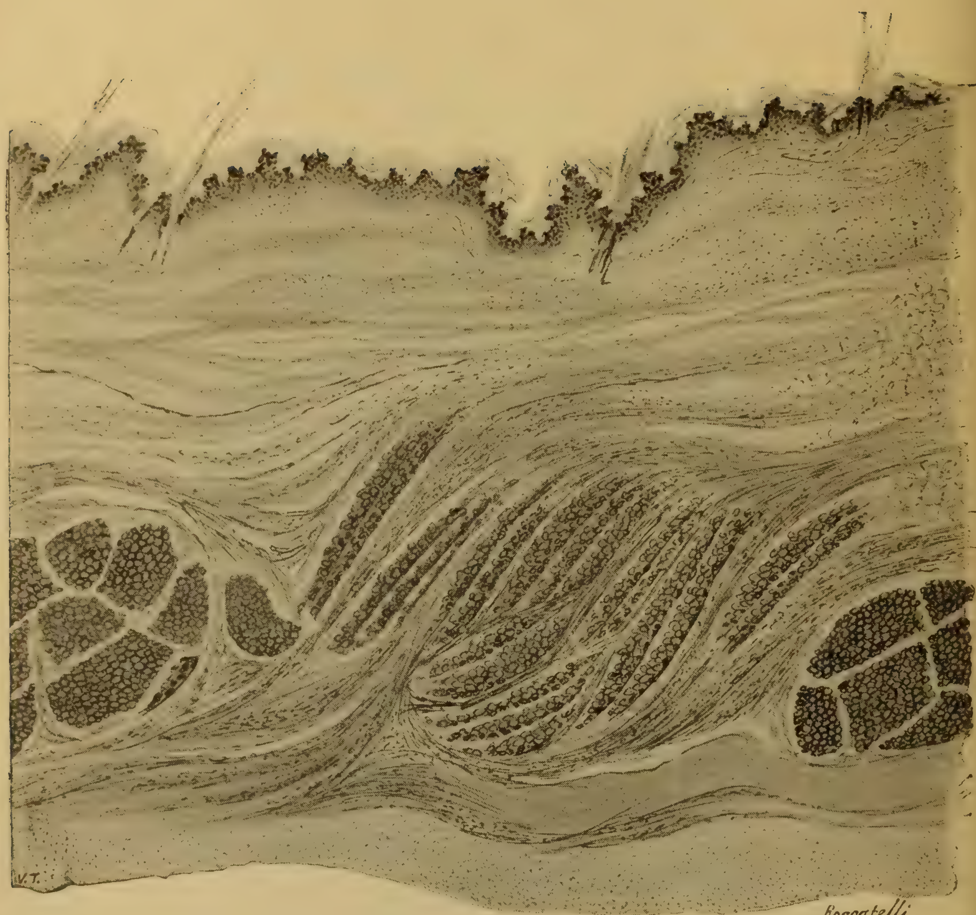
SUTURE EN ÉTAGES SUR LES MUSCLES



SUTURE EN MASSE SUR LA LIGNE BLANCHE



SUTURE EN ÉTAGES SUR LA LIGNE BLANCHE



SUTURE EN MASSE SUR LES MUSCLES DROITS



SUTURE EN ÉTAGES SUR LES MUSCLES DROITS



SUTURE EN MASSE SUR LA LIGNE BLANCHE



SUTURE EN ÉTAGES SUR LA LIGNE BLANCHE

DISCUSSION

SUR LE

MEILLEUR MODE DE FERMETURE DE L'ABDOMEN

M. **Henry Byford** (de Chicago). — The two conditions upon which depend the occurrence of evenration and post-operation hernia are (1) an imperfect coaptation of the parts and (2) septic infection.

The means of preventing the action of these causes are :

1st A skillfully made incision, viz. one which will sever the continuity of the parts with the least disturbance of the relationship of the contiguous tissues.

2nd A minimum amount of disturbance of the incised tissues during the course of the operation.

3d The apposition and retention in apposition of the incised and contiguous tissues in the same relationship as they were before the operation until the union is firm.

As a median line incision can be reunited in this way better than an extra-median incision it is the preferable one. Since cicatricial tissue when subject to strain and stretching is less capable of retraction than muscular and aponeurotic fascia, and does not like the latter become stronger as the result of periodic strains of moderate degree, it is a mistake to speak of the desirability of having a strong cicatrix. The fibres of the organic tissues will form the most intimate and perfect union with a minimum amount of cicatricial tissue, provided they are properly brougth together (Murphy button).

An adequate approximation of the parts may be secured by various methods. The one which in my practise seems to best accomplish the end is as follows : A sufficient number of buried silkwormgut

sutures are put through the edges of the muscle, aponeurotic fasciæ and peritoneum te keep them from separating, usually about three centimetres apart. Before these are tied silkwormgut sutures are introduced through the entire thickness of the abdominal walls about one centimeter apart. The buried sutures have remained for years without their presence being suspected by the patient.

4th The prevention of infection is of course necessary because it interferes with union by first intention. The great majority of the hernias that occurred in my practise, belong to former years, in cases in which drainage tubes were used for a longer period than thirthy six hours. I never fear hernia, now unless sepsis.

M. le Prof. **Edebohls** (de New-York). — In uniting an incision through the abdominal walls we may for our present purposes disregard skin and fat : In their union does not lie strength. The proper union of the deeper tissues and their retention in apposition until union sufficiently firm to take care of itself shall have occurred, is the problem before us. If our incision falls in the line of either rectus muscles, the action of the muscle itself will be a potent factor in retaining in apposition the sides of the wound. If the incision fall in the linea alba, between the recti muscles, we have to depend for strength upon the union of two very thin fascial edges. While this will probably suffice in the majority of cases, yet if we can, by a better method of union, give our patients a still greater, perhaps absolute, guarantee against future hernia, we are in conscience bound to do so. The method which the speaker believes will best meet the requirements of the situation he has recently described [1].

If the incision fall between the edges of the recti muscles the sheath of each rectus is split along its inner edge along the whole length of the wound, and the rectus itself is incised (flap-splitting), also in the longitudinal direction, until a sufficiently large muscular surface is exposed for union with a similar surface of the opposite side. Instead of a single fascial margin on either side to approximate and depend upon for union, we have, after this flap-splitting process, two fascial margins plus a large muscular surface on either side, with greatly increased strength of the resultant cicatrix. These

[1] Edebohls : What is the best method of making and of closing the Cœliotomy incision? — *Am. Gyn. and Obst. Journ.* May 1896.

broad surfaces are united by a running buried suture of forty-day catgut in two tiers, the deep tier uniting peritoneum posterior fascial layer and muscle, the superficial joining to each other the anterior fascial layers. Skin and fat are united over all by a subcutaneous running catgut suture. The resultant scars are very strong and the speaker never has his patients wear an abdominal supporter after operation.

M. le Professeur **Laroyenne** (de Lyon). — En étudiant les éventrations consécutives à une ou plusieurs grossesses, Glénard a remarqué que l'écartement de la ligne blanche dans son entier paraissait dépendre surtout de l'affaiblissement de sa partie sus-pubienne. Si la paroi abdominale résiste dans une étendue de 0,07 à 0,08 au-dessus du pubis, l'éventration ne se produit pas en un point plus élevé ou bien elle a peu de largeur. En m'inspirant de cette observation, j'ai cru devoir dans les laparatomies arrêter mon incision de la paroi abdominale à 7 ou 8 centimètres au-dessus du pubis quand il était possible. J'ai d'ailleurs revu quelques malades chez lesquelles l'incision était restée dans les limites sus-indiquées, soit pour ne pas s'exposer à intéresser la vessie remontant haut dans la région hypogastrique, soit pour éviter des chances d'éventration. Leur paroi a bien résisté.

Comment expliquer ce fait d'observation ? Peut-être est-il d'une certaine importance que les muscles pyramidaux ou les fibres des grands droits antérieurs qui, renforcés, d'après Cruveilhier, suppléent à l'absence des pyramidaux, soient respectés au niveau de leurs insertions à la ligne blanche dont ils sont les tenseurs.

Cette précaution concernant la section de la paroi est surtout utile lorsqu'on établit un drainage péritonéal qui ne permet pas de réformer immédiatement la cavité adominale. Les malades, dans ces circonstances, sont plus exposés aux éventrations et la réunion *secondaire* des plans de la paroi est à juste titre considérée à cet égard comme une condition défavorable. Cependant nous avons déjà signalé au Congrès de Rome un procédé permettant de faire bénéficier des avantages de la suture ces malades condamnés par la présence d'un drainage à la réunion secondaire de la paroi abdominale sur une étendue limitée. Nous voulons parler de la réunion immédiate secondaire au moyen des fils d'attente. Pour l'effectuer nous appliquons au niveau de l'orifice, intercepté par le tube à drainage

ou les mèches de gaze, un ou deux points de suture métallique ne comprenant pas toute l'épaisseur de la paroi abdominale mais seulement le muscle, l'aponévrose et le péritoine. Il résulte en effet des expériences que nous avons pratiquées sur le cadavre, que, lorsqu'on cherche à réunir les trois plans avec un seul fil, la peau fait obstacle à la réunion de l'aponévrose. Ces fils ainsi disposés sont serrés au moment du retrait du drainage.

Enfin lorsqu'il a été indiqué de marsupialiser une poche kystique, on doit pour assurer dans l'avenir la solidité de la paroi ne pas suturer cette poche à un plan quelconque, mais bien au muscle et à l'aponévrose abdominale.

Ainsi : 1° l'incision de la ligne blanche ne descendra pas, autant que possible, plus bas que 7 ou 8 centimètres au-dessus du pubis. 2° Réunion immédiate secondaire au moyen de fils d'attente lorsque l'ouverture abdominale n'a pu être refermée par le fait de l'application d'un Mikulicz. 3° Suture au muscle et à l'aponévrose abdominale des poches marsupialisées ; telles sont les précautions grâce auxquelles nous croyons réduire les chances d'éventration et compenser les inconvénients du drainage et de la marsupialisation ; procédés naturellement incompatibles avec la fermeture complète et immédiate de l'abdomen.

M. **Alban Doran** (de Londres). — I have seen since 1877, a very large number of cicatrices of ovariotomy wounds. In some cases the operation had been performed five, ten or more years before. I first examined the scar, I agree with professor Winckel that we must wait ever two years before we can decide that no hernia will develope. In the spring of 1891 I used the drainage-tube after removing a ruptured foetal sac. No hernia could be detected last year, but in july 1896 a distinct hernial sac was found protruding from the lower angle of the wound, the site of the drainage-track.

I am in favour of simple deep sutures, including all layers, muscular tissue not excepted. Silkworm gut is decidedly the best material. One of the commonest causes of hernia in English practice is the inclusion of too much peritoneum. In consequence two broad folds project forward between the muscular and cutaneous layers, effectually preventing their union. I have seen the cut edges of the peritoneum projecting in front of the level of the skin, after the tying of the sutures. When the parietes are thin, the peritoneum

should be pierced by the suture-needle about 3 millimètres or 1/8 inch from its cut edge ; when they are thick a little more peritoneum may be taken up. The peritoneal layer unites very quickly, and cuts of the abdominal cavity from the muscle and integument, which may be bruised or even septic. This the practice of not including any peritoneum in the sutures, as recommanded by Greig Smith is questionable.

In fat subjects, where it is specially important to make the aponeurosis unite, its cut edges should be brought together by a continuous catgut suture. Otherwise a hernia is very liable to develope, for the healing power is often low in stout patients, and the thicker the wound, the more difficult will it be to ensure the perfect coaptation of the divided edges of the fascia, which is relatively thin. In that account, it is my practice to unite the fascia and muscle separately in fat subjects.

Triple layers of suture for the skin, the muscle and fascia, and the peritoneum, are very questionable when the wound is in the middle line. They delay the operation and involve much handling of the divided tissues. In operations for the repair of hernia of a cicatrix, the case is somewhat different. The aponeurosis and the recti are far apart and require firm suturing after pairing of their edges, and it is good to suture the peritoneum first, closing the integuments with interrupted sutures after uniting the muscle and fascia (like the peritoneum) with continuous catgut sutures. In closing incisions away from the middle line, it is best to unite the muscle separately with catgut.

The drainage-tube is of course very liable to cause a hernia, but not always as professor Olshausen would lead us to believe. I have examined numerous cases, where the operation was performed eight or ten years previously in the days of almost indiscriminate drainage and found no trace of a hernia in the majority. The practice of leawing a suture untied in the lower angle of the wound, and tying it after the removal of the drainage-tube is of questionable utility. By the time that the suture is made fast the chances of healing by immediate union are past.

During convalescence, flatulent distension is, I feel sure, the chief source damage to the wound. Vomiting and struggling cause the recti to come together, and the abdomen retracts. Even when the parietes are forced forwards by a violent effort, the force is expended within a minute and good bandages and strapping offer great pro-

tection. Flatulence on the other hand causes a most prejudicial and continuous pressure on the wound from within and no dressings can thoroughly counteract its evil effects. I am always very careful to see that the wound is well bandaged and that flatus passes well.

Two causes of hernia exist independently of the manner of applying sutures. In the first place the tissues may be bruised during the extraction of a large tumour trough a small wound, or by the handles of forceps or by the fingers of the operator. Small foci of suppuration are then apt to develope, as Winter has already indicated. They account, in my experience, for the high temperatures noted during the second or third week in ovariotomies performed by beginners who have not acquired the art of handling a wound gently. There remains a second cause, which I believe is the most frequent of all, and that is carelesness on the part of the patient. Many women dislike anything like a bandage, and negled to apply strapping during the first few months after convalescence, a measure which I consider highly advisable. Hence hernia of the abdominal wound is an accident which may always occur, whatever method of suture be employed. My experience, in conclusion, accords with that of Martin and Dührssen related before the Vienna meeting of the Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie in june 1895. Winter, Greig Smith, and others should remember when they advocate a new method based on satisfactory results, that they tried that method only after long previous experience, the benefice of which was most felt by their latest patients, namely those subjected to that new method. Extra care, too, is always expended in such patients, by men already careful and well practised in the art of obserservation. When a novice adopts the new method it may, for obvious reasons prove a failure.

M. **W. Gill Wylie**, (de New-York). — I am sorry to be obliged to differ so radically with Dr Bantock. I cannot agree with him that abscesses are caused, morely by physical injury or the manner of treing sutures. We can cut as smooth if possible and tie in the most perfect manner but if by wonty cleanleness in sutures, hand, instrument or anything that touched the wound, we permit infecting germs to be shut up in the wound, we will have an abscess, etc.

If I was perfectly clean, and could be sure of it, I would not

use antiseptics but being human 1 take precautions to supplement what I do to keep clean, by antiseptics. I acknowledge with gratitude by great indebbdners to Pasteur for his discoveries and Lister for his most practical instructions. To prevent abscesses wash and scrub hands and the skin till clean and use antiseptic. Render aseptic by boiling all instruments, sutures, etc., that touches the wound, do the operation aseptically and we will rarely have an abscess.

Hernia after laparotomy is due to the failure of the surgeon,

1st to close in *homologous* apposition the *separated* edges of the abdominal wound.

2nd to failure to *maintain in good homologous apposition the edges of separated fibrous tissues which is the ligament of the transverse muscles,* which debides to form the shell of the recti muscles and unite in the meadian line to form the Linea alba. Below the umbilicus the peritoneum by merely a loose elastic membrane that when cut straight will fall together and rarely needs separate suturing. The recti muscles are longitudinal and have no transverse strength but should not be injured. The fascia is the tendon of the transverse muscles and is the one tissue that retracts and allows fat or muscle te rall up between its edges and thus prevent homologous union. This fascia being a tendon requires from two to three weeks to heal perfectly and must be kept in apposition for that length of time. That is why I never use catgut for the suture, for it softens in a week and straining at stool, coughing or vomiting will separate the edges of the fascia and make a faulty wound.

Hernia is more likely to result when the patient is very fat, this tissue is easely injured and fails to heal readily; besides this into abdominal tension is so much greater than in lean subjects.

When a large tumor distends the abdomen and is removed, the walls are relaxed and readily united and the normal intra abdominal pressure is absent or very slight. Therefore laparotomy where there is no anormal distension with fluid or a tumor is more likely to result in a hernia.

Operation. I insert supporting sutures very much as described by Dr Bantock, through skin, fascia and peritoneum, but before tying these I toke fine silk or very fine silver wire and by means of interrupted sutures being into homologous apposition the edges of the fascia tying these sutures as I proceed to close the wound and cut of the ends and bury them by means of the supporting sutures first introduced.

See paper by W. Gill Wylie on Ventral Hernie after laparotomy. *American Journal of Obst.* jan. 1887.

M. **Doléris** (de Paris). — Entièrement d'accord avec les rapporteurs sur la plupart des points, principalement sur la nécessité de ne point trop serrer les sutures, je prends la parole uniquement à propos des expériences sur le choix de la ligne d'incision et sur les résultats fournis à l'un des rapporteurs par les expériences chez les chiens.

De semblables expériences avaient, à ma connaissance, été entreprises par M. Cazin (de Paris), chef de la clinique chirurgicale, dès 1894-1895, avec l'aide d'un de mes assistants actuels, M. le Dr Isaac.

A l'instigation de ce dernier, j'ai pratiqué une dizaine de fois la section abdominale en plein muscle droit, tout à côté de la ligne blanche et j'ai réuni la plaie par des sutures perdues en étages. Il s'agissait toujours de laparotomies ne nécessitant qu'une courte incision, sous ombilicale. Le résultat a été très satisfaisant.

Je n'oserais pas dire que la même pratique puisse être toujours suivie. Notamment, quand il s'agit de sections étendues et quand la paroi abdominale a été distendue et amincie par une tumeur volumineuse ou par des grossesses répétées.

Il y a au contraire intérêt à réséquer autant que possible la ligne blanche très élargie dans ces cas. C'est ma pratique habituelle, mais je n'ai jamais de parti pris pratiqué la résection totale de la bande fibreuse telle que la conseille M. La Torre.

On doit se demander ce que sera, après une telle perte de substance suivie de l'approchement par suture des bords des muscles droits, la cicatrice tégumentaire. Il semble qu'il doive y avoir une telle exubérance de la peau que fatalement il sera difficile d'affronter régulièrement celle-ci sans déformation de la plaie. Un bourrelet se formera sans doute.

En outre si la section est restée sous-ombilicale, la continuité de la ligne blanche au-dessus et au-dessous de l'ombilic sera faussée et interrompue par une résection de la lame fibreuse, qui ne porterait que sur la portion inférieure de l'abdomen.

La même remarque est à faire pour le cas où on serait tenté de supprimer une partie du tégument lui-même sur les lèvres de l'incision. On ne saurait s'appuyer sur ce qui se pratique en cas d'éven-

tration réelle, ou plutôt de hernie post-opératoire, car dans ce cas on ne fait que rogner la poche cutanée de la hernie, après quoi l'affrontement exact du tégument reste très aisé.

Ce sont là des objections *a priori* mais qui m'ont toujours conduit à la résection partielle de la ligne blanche sans aller jusqu'à l'affrontement immédiat des muscles droits.

Quant à la valeur de la suture musculaire elle-même, il ne faut pas se hâter de conclure d'après les sections chez les animaux. Leur statique en effet est différente de la nôtre.

M. La Torre a sectionné et suturé sur la région sous-ombilicale. Or cette région de la paroi chez le chien ne supporte aucun effort; sa disposition ovalée l'indique.

La région sus-ombilicale, au contraire, constitue la région déclive où aboutissent les efforts de la pression abdominale.

C'est donc dans la région sus-ombilicale qu'il faut sectionner et suturer les droits pour juger ensuite utilement des résultats obtenus, notamment de la résistance d'une pareille suture.

M. Cazin dans ses expériences s'était justement placé dans l'une et l'autre condition. La remarque que je viens de faire est la conséquence de ses constatations qu'il a bien voulu me communiquer et que j'ai le devoir de faire connaître. Ces expériences, dans tous les cas, prouvent par les coupes microscopiques de M. La Torre que la réunion musculaire immédiate se fait dans des conditions parfaites.

M. **Jayle** (de Paris). — En l'absence de mon maître, M. Pozzi, permettez-moi de vous donner en quelques mots très courts, l'exposé de sa technique opératoire, dans la fermeture de la paroi abdominale.

Trois règles sont à poser : 1° pratiquer une incision aussi courte que possible; 2° suturer les tissus divisés aussi exactement que l'on peut; 3° pratiquer un large avivement des muscles droits de façon à les suturer l'un à l'autre en les confondant pour ainsi dire en un seul et même muscle.

L'incision peut être très courte, surtout si l'on a soin de pratiquer l'exploration du petit bassin, non avec l'œil mais avec le doigt. En agissant ainsi, on arrive à donner à la très grande majorité des incisions guère plus de 5 à 8 centimètres.

La suture exacte des parois se fait grâce à la suture à trois plans, déjà recommandée par M. Pozzi, en 1887, à la Société de chirurgie : surjet au catgut sur le péritoine, surjet au catgut sur les plans musculo-aponévrotiques, surjet de la peau ou suture intradermique, avec un ou deux points de renfort à la soie, comprenant toute l'épaisseur de la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose.

Enfin le large avivement des muscles droits est obtenu de la façon suivante : les gaînes aponévrotiques ont été ouvertes dès le début de l'opération et les muscles avivés en quelque sorte ; la suture les adosse très facilement et les relie intimement tout en prenant par dessus eux l'aponévrose.

La fusion musculaire est complète, comme l'ont montré quelques laparotomies secondaires, au cours desquelles il fallait absolument passer à travers la paroi musculaire ainsi créée. Elève de M. Pozzi depuis bientôt trois ans, je l'ai toujours vu recommander ce point de technique, qu'il pratiquait d'ailleurs bien auparavant.

J'ajoute que, pour obtenir une suture parfaite au point de vue esthétique, il faut encore tenir compte des deux détails suivants : 1° pratiquer une suture cutanée intradermique ; 2° faire l'incision bas, de façon que la ligne de suture soit recouverte en partie par les poils repoussés.

Chez les femmes opérées avec ce soin minutieux, on trouve parfois à peine la trace de l'intervention chirurgicale. Quant aux résultats, ils sont excellents. Je ne dis pas qu'il n'y ait jamais de hernie, mais les cas en sont exceptionnels. La présence d'une éventration est alors le plus souvent due, soit à ce qu'un drainage ait été nécessaire, soit à ce que, par suite d'une faute opératoire, il y ait eu un abcès de la paroi.

M. le professeur **Sabino Coelho** (de Lisbonne). — Au commencement de ma carrière gynécologique, je fermais le ventre, après la laparotomie en faisant des sutures isolées au fil d'argent qui comprenaient tous les tissus, du péritoine à la peau. Je le faisais parce que je l'avais vu faire sans inconvénient.

Le temps s'est écoulé, et avec lui se sont déroulées les modifications de la fermeture de l'abdomen.

Ma pratique n'a pas varié, au jour le jour, en face de tant d'idées, mais elle s'est ressentie d'une manière générale de deux ordres de

faits — ceux relatifs à la nature du fil et ceux relatifs aux tissus suturés.

Le catgut m'a enthousiasmé, parce que je le supposais capable d'une désinfection supérieure à celle de n'importe quelle substance. Je l'ai apprécié encore davantage, quand en suivant des idées alors nouvelles, j'ai résolu de fermer le ventre par la suture continue à étages; mais l'expérience avec des sutures perdues à la soie dans le péritoine m'a fait changer d'opinion. Dans la ligature de gros ligaments larges, j'étais encore plus à mon aise en employant celle-ci parce qu'elle me permettait de serrer davantage le nœud. J'ai bien veillé à sa désinfection et je l'ai employée dans les ovariotomies, hystérectomies abdominales, oophorosalpingectomies, etc. Mon expérience m'a donc amené à fermer l'abdomen avec la soie aseptique.

Il faut avouer que mon enthousiasme pour la suture à étages a progressivement diminué et je suis revenu à mon point de départ. Je comprends qu'un fil moins rigoureusement désinfecté provoque une fois ou une autre de la suppuration sous la peau. Dans ce cas il faut ouvrir la cicatrice et intervenir de nouveau. Contre la suture à étages, j'ai encore un autre argument. Je sais par mon expérience que les éventrations se produisent plus facilement avec elle, qu'avec celle qui comprend tous les tissus. Je ne nie pas que le catgut ne soit très utile en gynécologie. Les résultats que j'ai obtenus dans les colporraphies, les amputations du col, et plus récemment dans les colpotomies, en profitant des propriétés d'absorption et en supprimant la difficulté de l'ablation des fils, m'autorisent à proclamer sa grande importance. Mais dans la fermeture après la laparotomie, je ne pense pas à l'absorption parce que je fais la suture à points séparés avec l'intention d'enlever les fils plus tard. Ce que je désire c'est la solidité, et pour cela je préfère la suture en masse à la soie tressée. Je crois à sa complète désinfection et je la considère comme étant le fil le plus solide pour serrer de grosses masses.

Je n'oublie pas l'objection qui me force à mettre une exception à ma règle. L'infection secondaire est à craindre si l'on s'en sert dans des régions qui peuvent suppurer. S'il faut faire le drainage du ventre, elle peut s'infecter au contact d'un tube ou d'un tampon. Dans cette hypothèse je remplace la soie par le crin de Florence ou par le fil d'argent.

En conclusion, après la laparotomie, je fais de préférence la suture à points séparés avec la soie tressée. Les fils profonds traversent tous les tissus et les superficiels seulement la peau.

M. E. **Kummer** (de Genève). — J'ai fait avec M. Kahn des expériences sur les animaux, pour éprouver la solidité des sutures abdominales. Le nombre de ces expériences n'étant pas encore suffisant pour permettre de tirer des conclusions définitives, j'insisterai exclusivement sur la disposition de nos expériences.

Après avoir ouvert le ventre nous avons fermé la plaie d'après différentes méthodes de suture, et avec des fils de diverse nature (soie, catgut, fil de fer). Pour éprouver la solidité de la suture nous avons attaché sur la surface péritonéale de la suture une boule de plomb destinée à peser sur la cicatrice.

D'une manière générale nous avons observé plus de hernies avec les sutures simples, qu'avec les sutures à étages; et pour les cas de suture à étages nous avons obtenu des hernies en employant le catgut, tandis que, une suture analogue faite à *la soie* a résisté dans les mêmes conditions à la pression de la boule de plomb.

M. le Professeur **Engström** (d'Helsingfors). — Bei Schliessen der Bauchwunde müssen natürlich die Theile genau aneinander gelagert werden, die durch die Incision getrennt wurden. Das kann man erreichen durch Anlage einer alle Schichten der Bauchwand fassenden Naht. So habe ich auch früher gethan, das heisst in 196 Laparotomien. In allen diesen war die Wunde in Linea alba angelegt. Hiernach habe ich ein par Mal Schwangerschaft eintreten und glücklich verlaufen gesehen ohne eine Hernie zu verursachen. Aber wie andere Operateure habe ich auch einzelne ombiliagliche Bauchhernien danach entstehen gesehen. Die Ursache dazu war, wenigstens oft, die, dass bei dieser Methode etwas von den peritonealen Rändern zwischen die Muskelflächen eindrang oder dass diese oder die Ränder von der Fascie nicht genau aneinander gebracht wurden. Hierbei könnten die Muskelflächen und Fascienränder nicht zum Zusammenwachsen gegen einander kommen.

Seit Oktober 1893 verfahre ich darum folgendermassen — Tiefe Seidensuturen werden wie früher angelegt. Aber ehe diese geknotet werden lege ich mit Catgut eine fortlaufende Suture der Peritonealränder an und sehe genau nach, dass diese nicht in die Muskelwunde eindringen. Danach lege ich eine fortlaufende Catgutsutur der Fascienränder an. Dadurch werden Theile die aneinander gehören exakt aneinander gelagert. Eine isolirte Muskelsutur lege ich nicht an um nicht die Ernährung der Muskulatur zu beein-

trächtigen. Fortwährend lege ich die Wunden meistens in die Linea alba an. So habe ich die Bauchwunde in 354 Laparatomien geschlossen. Da indessen die Haut mit ihren Drüsen sehr schwer vollkommen aseptisch zu machen ist, so lege ich seit August 1895 die tiefen Seidesuturen nicht mehr durch das Peritoneum, sondern nur durch Haut, Fascie und Muskeln. Dieses Verfahren habe ich in den letzten 153 Laparatomien angewandt. — Mit dieser Methode ist es mir gelungen sehr gute und haltbare Narben zu bekommen, natürlich nicht immer. Auch in den so behandelten Fällen habe ich ein paar Male eine Schwangerschaft glücklich verlaufen gesehen ohne eine Diastase der Narbe zu verursachen.

Schliesslich können drei Umstände nicht oft genug hervorgehoben werden. Erstens muss die Antisepsis oder noch besser die Asepsis eine möglichst genaue sein. Zweitens muss die Hæmostase vollständig sein. Drittens dürfen die Suturen nicht zu stark geknotet werden um nicht die Ernährung der Wundränder zu stören.

M. le Professeur **Queirel** (de Marseille). — Je fais trois plans de suture :

1° réunion du péritoine, au *catgut ;*

2° réunion des muscles inclus dans leur gaine aponévrotique, à la *soie plate ;*

3° *réunion de la peau :*

a) par points profonds à la *soie plate*

b) par points superficiels, intermédiaires, au *crin de Florence.*

Dans le cas où l'on a besoin de *renforcer* la cicatrisation j'emploie l'*os décalcifié,* interposé aux deux plans profonds et fixé par transfixion, au moment de la suture des muscles.

Trois cas seulement, trois succès.

1° VIII pare, obèse, grande éventration, opérée une première fois, récidive, opérée une 2e fois il y a un an, avec la suture ci-dessus. Guérison maintenue.

2° II pare, maigre, à tissus relâchés. Hernie inguino-crurale, à cheval sur l'arcade. Cure radicale, procédé Delagénière, c'est-à-dire incision de l'arcade. Os décalcifié dans la suture. Guérison complète depuis 11 mois.

3° II pare, prolapsus par manque de soutien du périnée. Hernie crurale volumineuse. Périnéorraphie. Cure radicale de la hernie. Os décalcifié. Guérison maintenue depuis 11 mois.

Docent **Amann** (de Munich). — Dass die Frage der Bauchnaht eine grosse Rolle spielt, geht daraus hervor, dass die Furcht vor einer eventuel später auftretenden Bauchhernie vielfach veranlasst, einen sehr kleinen Bauchschnitt zu machen, meist auf Kosten der Klarheit und Uebersichtlichkeit bei der Operation.

Ich bin überzeugt, dass man mit jeder Methode der Bauchnaht vollkommene Erfolge und auch Misserfolge haben kann — keine Methode entspricht nämlich allen Anforderungen zugleich.

Gegenwärtig stehen sich zwei Hauptarten der Bauchnaht gegenüber:

Die *einfache durchgreifende Naht* und die *Etagennaht.*

1. Die *einfache durchgreifende Naht* hat den *Vortheil,* dass sie, wenn sie sehr viel Gewebe mitfasst, wohl am festesten die beiden Bauchwandabschnitte aneinander hält, ohne besondere Spannung; den *Nachtheil,* dass die einzelnen Schichten nicht gleichmässig aneinander zu liegen kommen, so dass dehnbare, bindegewebige Narben entstehen können.

2. Die *Etagennaht* hat den *Vortheil,* dass die einzelnen Schichten regelrecht aneinander kommen — *den Nachtheil,* dass *versenkte Nähte* angelegt werden müssen, die später eventuell doch, trotz peinlichster Asepsis, offenbar durch chymolactische Eiterung ab und zu heraus kommen.

Die meisten Operateure machen eine *mediane* Incision, so dass gewöhnlich nur der eine Rectus geöffnet wird.

Auf diese Weise kann aber keine exacte Aneinanderlagerung der einzelnen Schichten erfolgen.

Ich halte es für nothwendig, dass immer Muskel auf Muskel Fascie auf Fascie zu liegen kommt.

Ich habe daher seit langer Zeit schon bei der Anlegung der Incision darauf geachtet, ob *vor* der Operation schon die linea alba gedehnt ist.

Bei *Frauen mit regulärer Linea alba* mache ich stets die Incision *extramedian,* in *einem* Rectus; so kann nach der Operation Rectus auf Rectus, Fascie auf Fascie kommen.

Bei *Frauen mit Diastase der Recti* mache ich eine *mediane* Incision und eröffne beide Recti (Gersung) und recesire eventuel einen Theil der überschüssigen linea alba.

Bisher habe ich in Etagen mit versenkten Nähten vereinigt. Seit einigen Monaten vermeide ich die versenkten Nähte und verfuhr in 22 Fällen folgendermassen.

Auf der rechten Seite breit durch die ganze Fuke der Bauchwand (nur nahe am Hautrand einstechend und nahe am Peritoneum ausstechend) auf der linken Seite nur durch Peritoneum Muskulatur und Fascie, dann fasse ich mit einer kleinen Schleife den rechten und linken Rand der Fascie zusammen und steche links durch die Haut aus. Somit besteht die Sutur nur in einer einzigen umfassenden Naht, welche eine kleine Schleife zum Zusammenhalten der Fascienränder enthält; so kommt Muskel auf Muskel, Fascie auf Fascie ohne zurückbleibende Naht.

Diese Naht mache ich aus *Fil de Florence* oder aus *Silber* und lasse sie 20-23 Tage liegen. Beim Herausnehmen der Naht muss man dieselbe auf der Seite abschneiden, auf welcher die kleine Schleife sich befindet, dann zieht sich die Schleife leicht durch.

M. **B. Condamin** (de Lyon). — Aujourd'hui la suture à plusieurs étages des parois abdominales est adoptée par tous les chirurgiens ou à peu près. On sait en effet que ne pas réunir le plan musculo-aponévrotique d'une façon intime a pour conséquence presque fatale une éventration ultérieure, quel que soit le soin que l'on ait mis à adosser la peau et la graisse sous-jacente. Or il existe dans certaines circonstances des pertes de substance telles, résultant soit d'une omphalectomie, soit d'une cure radicale d'éventration par la résection du sac jusqu'à la gaîne des droits, soit d'une ablation de fibrome de la paroi, etc., que le chirurgien ne voit pas la possibilité de rapprocher jusqu'au contact les bords aponévrotiques par les sutures habituelles et se contente d'une couverture uniquement cutanée. Le cas le plus fréquent se présente pour les hernies ombilicales volumineuses. La plupart des chirurgiens acceptent comme méthode de choix l'omphalectomie totale avec ouverture de la gaîne des droits quand il s'agit d'une hernie petite et moyenne; mais en face d'une hernie volumineuse. La peur bien justifiée de ne pouvoir amener en contact les bords des droits fera respecter une partie du sac fibreux, pour avoir au moins l'étoffe d'une suture complète sous-cutanée, quitte à s'attendre à une récidive dans un délai variable.

Quel est le chirurgien qui en face d'une éventration un peu volumineuse, ne se demande avant d'opérer s'il pourra rapprocher les bords aponévrotiques parfois distants de 15 à 20 centimètres ou n'ait refusé une intervention sanglante dans cette crainte? N'est-ce pas la même appréhension qui fait hésiter à intervenir dans les péri-

tonites où la tension abdominale est telle que l'on se demande si l'on pourra après les lavages ou autres moyens thérapeutiques réintégrer les anses intestinales et suturer intimement par dessus.

Enfin, et c'est là une autre indication de la suture que nous proposons, dans ces fibromes des parois abdominales dont l'ablation entraîne des pertes de substance étendues, on se trouve dans l'impossibilité de faire un surjet ou des points séparés réunissant les plans profonds, parce que le fil coupe les tissus ou ne trouve pas en eux une résistance suffisante, et l'on est obligé de se contenter d'un trompe l'œil, la réunion de la peau.

Dans tous les cas, le procédé de suture, que nous dénommons suture en lacets de corset, rendra de grands services.

Que font les femmes à embonpoint exagéré qui veulent néanmoins conserver les apparences d'une fine taille ?

Leur corset agraffé par devant, les bords postérieurs en sont réunis par un lacet lâche qui sous une légère traction maintient ces bords à 20 ou 30 centimètres l'un de l'autre. La femme de chambre commence alors une série de tractions de haut en bas sur chacune des anses et les 20 ou 30 centimètres d'écartement se réduisent à 10 centimètres : même manœuvre une seconde, une troisième fois si c'est nécessaire et la transformation est complète. Les bords postérieurs du corset sont en contact maintenant. Transportez ce lacet ou plutôt un fort fil de soie passé en surjet très serré sur une perte de substance de 15 à 20 centimètres, faites les manœuvres de la femme de chambre et vous verrez le même résultat s'effectuer. Après avoir passé le fil en surjet lâche afin de bien voir l'épaisseur des tissus que vous pressez et aussi de ménager les anses intestinales qui sous l'influence de la pression qu'elles supportent viennent se mettre avec une grande facilité devant la pointe de votre aiguille, vous faites avec un crochet mousse une traction sur chacune des anses sans amener un contact parfait qui sera obtenu dans une seconde ou une troisième série de tractions.

Il peut arriver que le plan musculo-aponévrotique tout en étant bien adossé présente une réunion incomplète de l'aponévrose. Rien n'est plus facile à ce moment que d'adosser par un surjet fin ces bords aponévrotiques entre lesquels quelques fibres musculaires font hernie.



Voici maintenant quelques expériences d'amphithéâtre que nous avons faites à ce sujet.

Expérience I. — Sur une femme à paroi abdominale de moyenne épaisseur, nous réséquons au-dessous de l'ombilic un losange de tous les tissus, y compris le péritoine.

Au niveau des parties latérales la section a porté sur la partie moyenne et même le tiers interne des droits. L'écartement maximum a plus de 20 centimètres. Nous essayons d'abord de pratiquer la réunion par des points séparés. Nous y arrivons très péniblement dans deux endroits, mais après il devient extrêmement difficile de passer de nouveaux points parce que les anses intestinales et l'épiploon viennent s'interposer entre les lèvres de la plaie et sur le vivant nous n'aurions osé passer les derniers fils alors que l'oblitération de la plaie était presque complète, certain de blesser l'intestin, sûrement adossé à la paroi. D'autre part dans plusieurs endroits les fils ont arraché les tissus.

Expérience II. — Sur le même sujet, après section des fils précédents, nous pratiquons un surjet lâche à points très rapprochés. Le fil de soie entre et sort à un centimètre environ des bords sectionnés et comprend le péritoine et son fascia, le muscle droit et son aponévrose. Ce surjet terminé sans l'ombre de difficulté provenant de la présence de l'intestin comme dans l'expérience suivante, nous commençons de haut en bas des tractions sur chaque anse et nous voyons en une seule fois s'effectuer complètement la réunion sans qu'il soit nécessaire d'effectuer des tractions violentes. Les points avaient été passé très près les uns des autres : c'était inutile et ce doit l'être dans la généralité des cas quand on opère au-dessous de l'ombilic. Un second surjet ordinaire réunit alors d'une façon complète les bords du feuillet aponévrotique superficiel.

Expérience III. — Résection elliptique des parois, comme la précédente, mais pourtant au niveau de l'ombilic et au-dessus. Comme dans les expériences précédentes, non seulement la gaine des droits est ouverte, mais encore une partie de ceux-ci est enlevée.

Nous plaçons quelques points séparés à la soie et nous essayons de réunir. Malgré des tractions très fortes, dont l'une arrache le tissus, l'adossement est impossible. Entre les bords de la plaie il y

un écartement d'au moins deux centimètres et l'intestin fait hernie à ce niveau de sorte qu'il est à peu près impossible de passer un nouveau fil.

Expérience IV. — Ces fils, sur le même sujet, sont sectionnés. L'écartement primitif se reproduit! nous essayons par un surjet simple à points rapprochés à obtenir la réunion et nous n'arrivons même pas au résultat obtenu dans l'expérience précédente. En bas de la perte de substance l'intestin est en hernie et il n'est plus possible sans le blesser de passer une nouvelle anse.

Expérience V. — Sur le même sujet, après avoir enlevé le surjet précédent, nous plaçons une compresse de gaze sur l'intestin au niveau de la perte de substance et nous commençons un surjet lâche, mais à points un peu serrés. Arrivé en bas de la plaie, ce qui s'est fait sans difficulté, nous rapprochons mais incomplètement les bords cruentés en retirant au fur et à mesure des tractions la gaze qui protégeait l'intestin. La réunion est presque complète : A une seconde série de traction de haut en bas, nous voyons l'adossement s'effectuer complètement et sans qu'on voie l'intestin.

Cette dernière expérience nous paraît très démonstrative parce qu'elle portait au-dessus de l'ombilic et même entre les rebords costaux où la tendance à l'écartement même à la suite d'une section linéaire est très grande et par suite où la réunion surtout quand il y a perte de substance est de ce fait très difficile.

Nous nous sommes posé une objection. Que devient le péritoine ? S'adosse-t-il à lui-même ? Là encore nous nous sommes adressés à l'expérimentation : Nous avons enlevé la paroi abdominale du sujet de l'expérience précédente, en laissant naturellement en place le surjet serré. Dans ce cas et dans d'autres nous avons constaté que les bords du péritoine étaient très adossés. Dans quelques endroits, ils présentent une légère éraillure au niveau des points où les fils exerçaient leur maximum de traction.

*
* *

CONCLUSIONS

1° Le procédé de suture, dit en lacet de corset, permet la réunion des bords des parois abdominales, suivant le type en étage, dans les cas où les autres procédés ne le permettent que difficilement ou incomplètement.

2° Ce genre de suture est indiqué :

a) Dans l'omphalectomie pour grosse hernie ombilicale.

b) Dans les éventrations volumineuses.

c) Dans les laparotomies pour péritonite quand la distension des anses intestinales gêne la réunion.

d) Dans les pertes de substance un peu étendues comme c'est le cas dans les ablations de fibrome des parois abdominales.

3° Cette suture rend impossible la blessure de l'intestin qui dans les cas où la réunion est difficile vient se placer entre les lèvres de la plaie par suite de la compression qu'il subit.

4° Cette suture, tout en permettant une réunion plus complète, expose moins que les autres aux arrachements des tissus compris dans les anses du fil.

M. le professeur **Rapin** (de Lausanne). — L'aspect de la cicatrice abdominale dans les laparotomies a une importance de second ordre; je ne crois cependant pas inutile d'insister sur la possibilité d'atténuer la difformité produite par une cicatrice, en choisissant un procédé d'incision cutanée qui laisse des traces moins apparentes que l'incision ordinaire. Cette question de l'apparence de la cicatrice prend une importance notable chez les jeunes femmes et surtout chez les jeunes filles.

Me basant sur ces considérations, j'ai commencé, il y a 2 ans, à inciser la peau, non plus sur la ligne blanche, mais en travers, à 3 ou 4 centimètres de la symphyse, à la limite supérieure des poils. M. le professeur Küstner, de Breslau, a recommandé cette incision dans sa communication au Congrès sur les rétrodéviations utérines, sous le nom de *Kreuzschnitt,* ce qui se traduirait par incision cruciale. Cette dénomination pourrait donner lieu à des confusions regrettables, c'est pourquoi je lui préfère le titre d'*incision esthétique,* puisque ce qualificatif indique précisément le but de cette incision.

Voici comment j'opère : je fais une incision transversale concave en haut, de 6 à 10 centimètres, intéressant la peau, le tissu adipeux jusqu'à l'aponévrose. Je dissèque l'aponévrose de la ligne blanche, et fixe le lambeau cutané supérieur, avec une suture provisoire, un peu au-dessous de l'ombilic, puis je fais, sur la ligne médiane, une incision verticale de 4 à 8 centimètres suivant les besoins, à travers l'aponévrose, les muscles droits et le péritoine. La fermeture de la plaie est faite à 3 plans de façon à remettre en place les tissus. Il

importe d'affronter exactement et minutieusement la peau, si l'on veut avoir une cicatrice peu visible. Les fils doivent être enlevés de bonne heure, au 3me jour, avant même, pour éviter qu'ils laissent des traces longtemps visibles, sur la peau.

Depuis deux ans, j'ai opéré 7 malades par ce procédé, dans les circonstances suivantes : quatre hystéropexies, deux fois combinées avec l'opération de Schröder, une fois avec l'ablation des annexes gauches et la libération d'adhérences et une fois avec castration bilatérale et énucléation de fibrome; dans les trois autres cas il s'agissait d'affections des annexes, d'adhérences multiples, d'ovaires kystiques, etc., pour lesquels j'ai fait la castration unilatérale, bilatérale, la salpingotomie, l'ignipuncture de l'ovaire d'après Pozzi, etc. Enfin dans un huitième cas, je n'ai pas ouvert le péritoine mais simplement décollé la vessie, derrière le pubis, pour faire une cysto-uréthropéxie abdominale dans un cas de cystocèle, sans prolapsus utérin.

Les suites ont toujours été très simples, les fils enlevés entre le 3me et le 8me jour. Les malades ont été satisfaites de leur opération. L'une d'elles m'écrivait de Strasbourg, à la date du 13 mai 1896 :

« Mon médecin vous prie de lui donner une description du genre d'opération que j'ai subie. Il est ravi de mon opération. Il prétend n'avoir encore jamais vu une si belle cicatrice. J'en suis vraiment très fière et vous en suis très reconnaissante, etc., etc. »

Une autre malade, opérée depuis 7 mois, me raconta avec orgueil qu'un chirurgien expérimenté n'avait pas aperçu la cicatrice et contesta qu'elle eût été opérée, jusqu'au moment où la malade elle-même lui montra le lieu précis où était la cicatrice.

L'opération n'est rendue ni plus difficile, ni plus longue, ni plus grave par l'incision esthétique, aussi j'engage vivement mes collègues à y recourir chaque fois que les circonstances l'indiquent.

M. **Lasko** (de Vienne). — Ich trete an der Hand anatomischer Präparate von verschieden alten, nach verschiedenen Nahtmethoden erhaltenen Bauchnarben für die dreischichtige Naht mit genauer Adaptirung des Muskels und der Fascie ein; ob hiebei durch die linea alba oder durch den Muskel eingegangen wird, ist gleichgiltig, nachdem der Muskel fast immer blossgelegt wird. Eine Resection der linea alba zum Zweck der Vereinigung beider musculi recti ist nur bei Diastase der letzteren rationell, nachdem, wie

die Präparate beweisen, die exacte Vereinigung der Fascie nach mehreren Monaten eine weder makro- noch mikroskopisch nachweisbare Narbe giebt. Die Vereinigung des getrennten Muskels ist nöthig behufs Vermeidung einer Diastasenbildung.

M. le Professeur **von Ott** (de St-Pétersbourg). — Je suis très satisfait de constater que les principes de la suture de l'abdomen que j'ai fait publier il y a à peu près 3 ans dans les *Annales de Gynécologie* par mon aide, le Dr Rotzinsky, ont trouvé une approbation complète dans la séance d'aujourd'hui. Ne voulant pas prolonger la séance, je m'abstiendrai de quelques détails que j'aurais à faire comme n'étant pas importants; je me bornerai à citer les résultats éloignés obtenus par le procédé de la suture des muscles et de l'aponévrose. Sur à peu près 400 laparotomies que j'ai fait en employant le procédé mentionné, j'ai pu contrôler 65 cas où l'opération avait été faite depuis plus de 2 ans. Sur ce nombre de malades je n'ai pu constater une diastase hernienne des parois abdominales que dans *un seul cas*, où d'ailleurs la convalescence de la malade a été troublée par un processus septique. Les résultats cités parlent suffisamment en faveur de ma méthode.

Avant de clore la discussion la parole est offerte à MM. les rapporteurs.

M. **Granville Bantock**. — It appears to me that the general result of discussion is that many operator has his own method of closing the wound which he probably thinks the best. There however appears to be a general consenous of opinion that the various tissues involed is the incision should be brought into apposition with as much accuracy as possible. When the surgeon has done that, he has accomplished the chief part of his work. When I wached the subject of the modern doctrine of Bacteriology I did not expect that my views would meet with acceptance, on the contrary I anticipated decided opposition. But the subject has scarcely been touched and I want to believe if not to predict that before

many years are over his head Dr Gill Wylie will be provided with sufficient evidence to convict him that the modern doctrine of Bacteriology is no longer tenable, but that as I have indicated, as the result of the treatment of chronic ulcers by oxygen gas it will be admitted that the various forms of Bacilli or Bacteria are the result and not the cause of suppuration of wounds.

M. le Prof. **La Torre**. — Messieurs, je reprends la parole pour quelques explications; je serai bref.

Je vous remercie tout d'abord de la sympathie avec laquelle vous avez bien voulu écouter mon rapport.

J'étais chargé de faire un rapport sur le meilleur mode de fermeture de l'abdomen. J'en ai fait une étude que je crois complète en considérant la question sous tous les rapports et en m'appuyant sur la littérature, sur l'avis des gynécologues les plus distingués, sur l'expérience et sur l'examen microscopique. J'ai donc posé un principe thérapeutique général, qui ne peut naturellement tenir compte de tous les cas particuliers. Je crois que le procédé que je viens de vous soumettre est le meilleur.

J'ai écouté avec le plus vif intérêt la longue et intéressante discussion qui vient d'avoir lieu et je suis enchanté de constater que tout le monde est d'accord avec moi sur la nécessité d'introduire dans l'étude de la suture le troisième facteur (les tissus).

Maintenant un mot à quelques orateurs qui ont bien voulu honorer ma méthode d'une critique.

A M. Doléris je dirai qu'il faut réséquer la peau quand elle est trop abondante comme cela arrive lorsque la paroi abdominale est distendue. L'incision abdominale tombe presque toujours au-dessous de l'ombilic et quand elle a lieu au-dessus on fait comme on peut.

A M. Jayle qui prend la parole au nom de M. Pozzi je dirai que, inciser la gaîne des muscles droits sans ôter le tissu fibreux de la ligne blanche, ne me paraît pas une chose bien faite, parce que quand il y a une distension des tissus il y reste là un faisceau de tissus inutiles et même dangereux. Il est préférable d'enlever la ligne blanche, et puis si les muscles ne sont pas intéressés les éléments ne se réunissent pas directement, mais au moyen de tissu cicatriciel.

Seul M. Latzko soutient en se basant sur ses belles préparations

microscopiques qu'on peut suturer sur les lèvres aponévrotiques. Même dans ces conditions la cicatrice peut avoir lieu, je ne le nie pas et je l'ai admis. Mais vous avez vu, Messieurs, mes figures; elles vous démontrent que la cicatrice s'est bien faite, mais les muscles restent séparés plus ou moins et la hernie est alors possible.

M. Latzko cependant admet que quand l'aponévrose de la ligne blanche est altérée il faut suturer sur les muscles; cela est une concession partielle à ma méthode.

M. Rein nous dit que chez toutes les nullipares il croit bien de suturer, ainsi que M. Bantock le dit, sur la ligne blanche. Mais mon éminent ami me permettra de lui dire que du moment qu'il y a eu une ouverture, le ventre n'est plus pour ainsi dire nullipare.

Enfin, Messieurs, je vous le répète, qu'étant presque tous d'accord, le meilleur mode de fermeture de l'abdomen est celui que j'ai l'honneur de vous proposer : inciser sur la ligne blanche, enlever son aponévrose jusqu'au bord des muscles droits en les avivant et suturer sur eux; on est sûr alors de ne pas avoir d'éventrations post-opératoires.

COMMUNICATIONS INDIVIDUELLES

TUBERCULOSIS OF THE FALLOPIAN TUBES

By Prof. **N. Senn** (Chicago).

New interest has been awakened in the pathology of the diseases of the Fallopian tubes since gynaecologists have ressorted so frequently to their removal for inflammatory affections during the last ten years. The immense material furnished by operative work and post mortem examinations during that time has not been used to great advantage in separating tubercular from other inflammatory affections. In this country tubercular affections of the tubes have been studied with special care from a scientific standpoint by *Williams, Penrose* and *Edebohls,* whose, writings have done much in calling attention to the frequency with which this affection is met with in operations for tubal affections. The monographs of Williams and Penrose show how easy it is to overlook the nature of the disease unless the specimens are carefully examined for histological or bacteriological evidences of tuberculosis. In many cases the nature of the affection is not even suspected before the operation, and the microscopic inspection of the specimens removed furnishes no reliable basis for a correct bacteriological or pathological diagnosis. A few years of such work as has been done by the gynaecologists mentioned, if made more general, will bring order out of chaos in the pathology of the different inflammatory affections of the tubes. *Winkel* stated some time ago that the Fallopian tubes are affected alone in nearly fifty per cent of all cases of tubercular disease of the genital organs. *Heiburg* [1] reports 13 cases of primary uro-genital tuberculosis in women. In ten the tubes (always bilateral), in seven the uterus, and in four the ovaries were involved. The result of his

[1] *British Medical Journal,* march 5, 1893.

observations have led him to believe that the uterus is always infected from the tubes. The same author also reported 22 cases of secondary tuberculosis of the female genital tract. Of these the tubes were affected in 14 cases, the uterus in ten, and the ovaries in three. *Ochramon* [1] publishes a very interesting anatomico-pathological study on tuberculosis of the Fallopian tubes, in which he states that this affection was meet with among 3386 female cadavers 34 times or about one per cent, and in tubercular women 4,2 per cent. In 27 cases both tubes were affected, 5 times the left and twice the rihgt. It was found most frequently in women from 20 to 40 years of age, that is during the childbearing period. We shall find on further investigation that the tubercular affection of the mucous membrane is prone to extend over the entire surface of the membrane, frequently with extension from the tubes to the uterus on one side and the peritoneal cavity on the other, thus constituting a pathological bridge between these two cavities. Clinical experience and pathological investigations have established the fact that the disease is generally bilateral, both of the tubes being involved, simultaneously or in rapid succession. That the latter event is not uncommon is shown in many specimens by the contents of the tube, the condition of the mucous membrane and the tubal wall showing that the disease in one of the tubes was of longer standing than in the other. Whether the bilateral disease is the result of a common source of infection for both of the tubes or whether the opposite tube is reached by an extension of the inflammation from the tube first infected to the uterus and from here to the opposite tube not always easy to determine. *Werth* [2] recognizes and acute and chronic variety of tubercular salpingitis. In the former both the muscular and serous coats undergo degeneration, numerous bacilli being found in the interior of the tube, while in the latter the tubal wall undergoes hypertrophy and cell infiltration while in its contents are found only a few bacilli. Acute tuberculosis of the tubes has rarely been noted. *Wernich's* [3] case, in which the lungs were secondarily affected, is almost unique. Clinically the disease presents itself as a chronic bilateral salpingitis with occasional attacks of acute exacer-

[1] *Zur Kenntniss der Eileiter-Tuberculose vom pathologisch-anatomischen Standpunkte; Archiv für Gynækologie*, B. XIX, page 416.

[2] *Ueber Genital-Tuberculose; Centralblatt für Gynækologie*, july 20, 1890.

[3] *Præparat von doppelseitiger Tuben-Tuberculose; Berliner Gesellschaft für Gynækologie*, Bd. I, page 49.

bation as is common to all tubercular affections although perhaps more marked here owing, in many cases, to repeated attacks of circumscribed plastic peritonitis, the most common complication of this disease. Very little was known about the clinical aspects of tuberculosis of the tube twenty years ago, although pathologists before that time had given excellent descriptions of the gross pathological conditions of this disease as revealed by post mortem examinations. Beautiful colored illustrations of tubercular tubes can be found in the classical work of Cruveilhiers's *Anatomie pathologique,* Vol. I, and in Hope's *Principles and Illustrations of Morbid Anatomy*, etc., London, 1834. The available literature on the pathology and etiology of tubal tuberculosis is of recent date.

Pathology. — *Hegar* states that tuberculosis of the tubes and the tissues in their immediate vicinity presents itself in two distinct forms:

1. The disease appears as a swelling on the side of the uterus which seldom exceeds the size of a goose's egg, and which can be distinctly outlined and assumes the characteristic shape of tubal swellings.

2. The enlarged tubes are incorporated in a dense mass of plastic exudate in such a way that they cannot be outlined by palpation. This division of tubal tuberculosis might answer the requirements of the clinician but lacks the modern pathological foundation.

Williams [1] classifies tubercular affections of the tubes and uterus as follows: 1. Miliary tuberculosis. 2. Chronic diffuse tuberculosis. 3. Chronic fibrous tuberculosis. He was the first to describe the last variety. Miliary tuberculosis is rare as compared with the other two varieties. The process is limited exclusively to the mucous membrane constituting simply a tubercular salpingitis. The mucous membrane is diffusely infiltrated with minute tubercles only a few of which have advanced to the stage of caseation. The epithelial layer over the tubercles is intact, the inflammatory product being limited to the vascular portion of the mucous membrane. If the mucous membrane is the seat of active inflammatory processes the pathological conditions and clinical evidences resemble those of catarrhal salpingitis. In the remaining forms this stage of the tubercular process is followed by successive additional pathological process which characterize them

[1] *Tuberculosis of the Female Generative Organs, John Hopkins Hospital Reports,* Vol. III, Nos 1, 2, 3

clinically and pathologically. In chronic diffuse tuberculosis the mucous membrane undergoes further textural changes, and the tubercular product shows more advanced degenerative alterations. In the form of extensive caseation, destruction of the epithelial lining and extension of the tubercular process to the muscular coat of the tube. This is the form of salpingitis in which the tubes are found distended to varying degrees by a cheesy material transforming the tube into a tubercular abscess. Chronic fibroid tuberculosis of the tube is described by Williams as follows: « It differs from the other forms of tuberculosis in the excessive formation of fibrous tissue in and between the tubercles, sections show the lumen greatly distorted and a few miliary tubercles scattered through the mucosa. There may or may not be accompanying inflammatory changes, the main change consisting in the excessive development of fibrous tissue both within and about the tubercles, and the relative absence of caseation. The marked feature of this form of tuberculosis appears to be its « chronicity. » It is apparent that Hegar's classification included the two last two forms as given by Williams. Diffuse miliary tuberculosis is a subject of greater interest to the pathologist than the surgeon as patients suffering from this form of tuberculosis succumb in a short time to the diffuse general miliary tuberculosis caused by tuberculosis in another organs, usually the lungs. Tubercular pyosalpinx is a chronic affection and may require surgical treatment in well selected cases. Chronic fibroid tuberculosis is the most benign form of tubal tuberculosis as the massive connective tissue formation within the structure of the wall of the tube and around it retard or arrest the further extension of the disease.

The following is a description of the structure of the tube and histological appearances of the tubercle tissue in the series of cases (Case VI) reported by Williams in his monograph cited above:

« Sections through the median part of the right tube show that its lumen is much distorted, and that a few miliary tubercles are scattered through the mucosa. The epithelium is preserved in most places, but the stroma is infiltrated with masses of small round epitheloid cells — even where there are no well marked tubercles. Many of the tubercles present a great amount of fibrous tissue, both within and surrounding them and very few areas of caseation are seen. Accordingly we may designate the tuberculosis as of the fibroid variety and as a chronic process. The lumen is greatly constricted

apparently by the contraction of the surrounding tissues. There is no evidence of purulent or catarrhal inflammation and no exudate within the tube. This is seen even more strikingly in the left tube. The cyst at the end of the tube is lined by flattened epithelium and here and there in its walls are seen miliary tubercles. Sections from the superior part of the ovarian cyst show that it is lined by a single layer of flat non-ciliated epithelium, the tissues beneath it being very poor in cells beyond which is found the typical structure of the mesosalpinx. At one point on its superior surface just adjoining the tube and below the peritoneum is found a small mass of tubercles in the meso-salpinx. The lumen of the left tube has lost its characteristic arborescent appearance and given place to a sieve-like structure, apparently composed of small cysts similar to the condition found in the (so-called) follicular salpingitis. None of the mucous membrane shows any signs of inflammation but at several points typical tubercles are seen under the epithelium; none in the mucous wall of the tube. On the surface is a marked perisalpingitis but no trace of tuberculosis is seen. The cystic condition at the end of the tube is only exaggeration of the condition of the rest of the tube, except that no tubercles can be found in it. On the surface of the ovary are numerous adhesions, but it contains nothing else of pathological interest. No bacilli could be found in this specimen even after hours of search. This must likewise be regarded as a primari process and certainly a very chronic one. Its tubercular nature was not suspected until examined under the microscope. » A number of such cases have been reported by Williams and Penrose.

This form of tuberculosis has its analogue in many other organs, notably the lungs, joints and periosteum. It is a mild infection in which, either owing to a comparatively small number of microbes, or microbes mitigated in their virulence, or a greater degree of resisting power inherent in the tissues or the entire organism, the inflammatory process which is provoked assumes a plastic type. The pre-existing connective tissue and endothelial cells acted upon by the microbic cause assume active tissuproliferation circum-scribing and to a certain degree walling off the tubercular area. The cirrhosis of the tubal wall thus produced starves out as it were, the tubercle tissue and the toxins of tubercle bacilli not being present in sufficient quantity to cause coagulation necrosis and caseation, these retograde changes do not affect the cellular elements of the

tubercles, or at any rate only to a slight extent, hence the permanency of the inflammatory product. The different varieties of tubercular inflammation of the tubes are therefore largely determined by the intensity of the infection and the degree of susceptibility of the individual to the action of the tubercle bacilli. The peritoneal end of the tube is almost always affected first, which has been considered rather as proof by many that infection usually takes place from the peritoneal cavity. During the course of the disease the peritoneal ostium usually becomes obliterated, intercepting the direct communication between the peritoneal cavity and the genital tract. The disease extends either uniformly over the entire surface of the mucous membrane, which if it assumes the caseous form results in dissention and elongation of the tube in consequence of which it becomes tortuous. In most instances the disease remains limited to the mucous membrane which, when it reaches the uterine end, results in stenosis of the lumen of the tube, converting it into a closed cavity in which retention of the tubercular product necessarily takes place, which satisfactorily accounts for the accumulation of the tubercular material in its interior, and the marked hypertrophy of the muscular wall constituting what is known as a tubercular pyosalpinx. The tubes descend behind the uterus and if distended throughout form large, hard sausage-shaped swellings. Inexceptional cases the tubes are converted into large sacs. Thus *Aran* describes a case which came under bis observation in which the intratubal tubercular abscess ascended as far as the umbilicus, and *Werth* operated upon a case successfully in which the sac contained two quarts of tubercular pus. The caseous material which accumulates in the lumen of the tubes remains firm, undergoes liquefaction, or in rare cases is displaced by calcareous material. Calcification of the tubercular product has been seen by *Rokitansky, Klob, Kiwisch, Geil* and *Penrose*. The substitution of calcareous matter for the tubercular product is one of nature's ways in which to retard or completely arrest the disease. Such effects are most frequently found in the lungs. In partial calcification the disease progresses ininfluenced by this process in other parts of the tube as it was in one of the cases reported by Penrose[1]. In one tube he found a hard mass evidently in the tube lumen at the junction of the middle and distal thirds. On section the lumen was found obliterated in the

[1] *Tuberculosis of the Fallopian Tubes; Am. Journ. Med. Science.* March, 1896.

proximal third and enlarged, measuring 0,9 to 1 cm. in diameter in the distal two thirds. The hard body felt through the tube wall was a calcified mass composed of five plates which measured from 0,2 to 1 cm. in diameter. On both sides of the calcareous depot tubercular material was found. The opposite tube was the seat of similar although less far advanced calcareous degeneration. In some instances the tubercular process is limited to certain portions of the tube, the intervening part of the lumen of the tube being obliterated by cicatrical contraction. In this respect the disease bears a strong resemblance to a similar condition found in comparatively mild cases of joint tuberculosis. *Penrose* describes a case in which a tubercular endometritis was complicated by such a condition of the tubes. Both tubes were the seat of two distince tubercular nodules. It is a well known fact that in the vicinity of a tubercular focus with mild infective qualities, a fibrinoplastic process is established which results in the formation of an abundance of connective tissue which forms a limiting wall around the infected tissues which answers an exceedingly useful purpose in retarding or arresting the further extension of the infective process. In the Fallopian tubes such a limiting process results in stenosis or obliteration of the lumen of the tube on both sides of the infected area, thickening of the muscular wall of the tube and firm adhesion on the peritoneal side. In cases of extensive caseation of the tubercular contents of the tube more or less destruction of the mucous membrane is inevitable. In advanced cases the whole of the interior of the tube is denuded, and in wiping away the caseous membrane or deposit the tubercular granulations are exposed. It is in such cases that the remaining tunics of the tube are penetrated by the tubercular infection and perforation of a tubercular pyosalpinx has been known. The contents of the tubercular tubes are of course variously modified by mixed infection which not unfrequently complicated the tubercular process. Mixed infection with the gonococcus, the ordinary pus microbes and bacillus coli commune is of most frequent occurence and in such cases the inflammatory product of the additional infective process forms a component part of the tubercular abscess.

Circumscribed plastic peritonitis is invariably present in all advanced cases of tuberculosis of the Fallopian tubes. The etiology of the complicating peritonitis in primary tubal tuberculosis is not easily explained. It is the result of an active reparative process in close proximity to a tubercular focus and resembles in its etiology

and pathology very much a similar form of circumscribed peritonitis so frequently found in cases of catarrhal and ulcerative appendicitis. In progressive cases of primary tubal tuberculosis the disease is prone of extend on the one side to the peritoneum and on the other to the uterus. In some cases the lymphatic glands become the seat of regional infection while extension to the urinary organs is a very exceptional complication. Interesting is Scanzoni's case in which the right tube was the seat of the disease and the uterine cavity was affected on the opposite side.

Etiology. — The consensus of opinion of nearly all the pathologists and gynaecologists is to the effect that the Fallopian tubes are the most frequent seat of tuberculosis of the genital tract. This view has been greatly strengthened by the recent researches of *Williams* and *Penrose* who have shown that it often requires a most painstaking examination of the specimens removed to demonstrate the tubercular nature of the tubal affection. These authors have shown more conclusively than was ever done before that the tubes are frequently the primary and sole seat of the tubercular process. The avenues of infection may be :

1. Through the blood.
2. From the peritoneum.
3. From the uterus.

Infection trough the blood supply may take plave with or without an antecedent tubercular focus in another organ. Isolated tuberculosis of the tubes may occur in the same manner as joint tuberculosis without a demonstrable tubercular lesion in any other part of the body; by tubercle bacilli floating in the circulation becoming arrested in the capillary vessels in some part of the tube pre-disposed to the localization of microbes. As in the majority of cases the ampulla of the tube is first affected it is reasonable to assume that the blood vessels in this the most vascular structure of the tube present a condition which predispose that part of the tube to tubercular infection. It would certainly seem that in cases in which the peritoneum is intact and no distant organ is the seat of tuberculosis that this explanation is the most plausible one. Another explanatation, perhaps less convincing, could be offered to account for the same condition, allusion to which has already been made in the introductory remarks. Tubercle bacilli introduced from without might reach the tubes without causing any lesion of the lower part of the genital tract, and finding here anatomical peculiarities or

acquired predisposing causes, localize and produce the disease. The nearly horizontal position of the tubes and the greater liability to retention of the secretions would certainly appear to be conditions which predispose the tubes to infective processes of a chronic character. Probably the first effect of an infection in this manner after the bacilli have reached the fimbrae would be to cause a very circumscribed plastic peritonitis sufficient in degree and extent to close the peritoneal end, after which the tubercular process would be limited to the interior of the tube and if extension occurred it would be in a downward direction toward the uterus. That tubercular peritonitis often precedes a similar affection of the tubes and that tubercular salpingitis frequently is followed by peritoneal tuberculosis, are established and fully recognized facts in pathology. Some of the best pathologists, such men as *Virchow, Rokitansky, Klebs* and *Cohnheim* believed that the genital organs were always infected by tuberculosis from the peritoneum. *Schamm*[1] found that in 34 cases of genital tuberculosis the peritoneum was affected in 21. *Oppenheim* in 21 out of 23 cases; and *Osler's* observations made him say thats the tubes are affected in from 30 to 40 per cent of all cases of tubercular peritonitis, while *Hanlich* believes that this is the case in 50 per cent. That tuberculosis frequently extends from peritoneum to tubes is supported by clinical observation as well as by experimentation. *Weigert*[2] has shown that if in incipient tuberculosis of the peritoneum the process begins in the pelvic cavity from the proximity of the fimbrae to the primary tubercular foci it would not be difficult for the bacilli to find their way into the tubes. The writer had recently an opportunity to operate on a case of tubercular peritonitis soon after the first symptoms of hydrops appeared and found the pelvic floor studded with tubercles. One of the tubes adherent and enlarged was removed with the corresponding ovary. In the broad ligament were many subvenous tubercles. The fimbriated extremity of the tube was closed. The mucous membrane some distance from the closed end was infiltrated with minute grey tubercles.

There can be absolutely no question that in this case infection was

[1] *Zur Kenntniss der Eileiter-Tuberculose vom pathologisch-anatomischen Standpunkte; Archiv für Gynækologie,* B. XIX, page 417.

[2] *Die Wege des Tuberkelgiftes zu den serœsen Hæuten, Deutsche Med. Wochenschrift,* 1883. Nos 31, 32.

secondary to the tubercular peritonitis. One of the most conclusive demonstrations to show the ease with which minute bodies are converged from the peritoneal cavity to the tubes and uterus has been made by *Pinner* who introduced powdered cinnabar into the peritoneal cavity of rabbits and dogs and in a short time demonstrated its presence in the tubes, uterus and vagina.

Transportation of the tubercle bacilli from the peritoneal cavity into the tubes sufficient in quantity to produce the disease may occur without an antecedent peritonitis, if the tubes furnish the necessary local conditions for their pathogenic action. A case of this kind is reported from Weigert's laboratory by Curt Jani. Ascending tuberculosis from the tubercular endometrium undoubtedly occurs in the same manner as in tuberculosis of the urinary organs by continuity of surface, thus reaching te tubes from below. This manner of infection has been discussed more fully in connection with tuberculosis of the uterus and vagina. In some rare cases a tube may become infected by its lumen being brought in direct communication with an adjacent tubercular lesion. In two of *Mosler's* cases the fimbriated end of the tube was adherent to the rectum and by perforation of tubercular rectal ulcers direct infection followed. Such an accident might also occur in connection with tubercular ulcers of the small intestine under similar circumstances. Among the predisposing causes to tuberculosis of the tubes must be mentioned age, the puerperium and antecedent inflammatory affections. Although no age appears to be entirely exempt the disease is found more frequently in women 20-40 years of age, that is during the age of greatest sexual activity. *Morton*[1] reports a case of tuberculosis of the tubes, uterus and vagina in a child. *Doran* observed that tuberculosis of these parts in children frequently appears to follow on vulvo-vaginitis. The gonococcus destroys the epithelium of the tubes and prepares the parts for tubercular infection. The puerperal uterus is more susceptible to tubercular infection than the organ in its quiescent state, and it is in such cases that the tubercular process starts at the placental site and the tubes become infected by an ascending process. It would be interesting to know in what percentage of cases the tubercular tubes are the seat of a mixed infection and for this purpose the contents of the tube should be subjected to a careful bacteriological examination. There can be but little doubt that

[1] *British Med. Journal.* May 6, 1894.

catarrhal salpingitis acts as a potent predisposing cause to tubercular infection. It is well known that in men gonorrhoeal affections of any part of the genito-urinary organs is a frequent and important element in the etiology of genito-urinary tuberculosis, and it is logical to assume that the same holds true in the etiology of tuberculosis of the female generative organs.

Diagnosis. — The diagnosis of tubal tuberculosis is always difficult and often impossible. The co-existence of tuberculosis in other organs should always arouse suspicion as to the tubercular nature of an existing salpingitis. If the husband of the patient is afflicted with pulmonary phthisis or tuberculosis of the genito-urinary organs, the possibility of the tubal affection being of a tubercular character must be seriously entertained. The onset and course of the affection must also be carefully considered. The disease, if tubercular, has probably developed very insidiously, the pain and tenderness are usually less marked than in pyo-salpinx. In the differential diagnosis between pyo-salpinx and tubal tuberculosis *Hegar* places great stress on the condition of the middle third of the tube which he asserts is usually free from circumscribed swellings in the former whereas in the latter such are found here and there in the interstitial portion. He also calls attention to the greater firmness of tubercular swellings than of ordinary pyosalpinx. It is now well known that in the absence of tubercular peritonitis there are no characteristic conditions revealed by bi-manual palpation in tubercular salpingitis that may not be simulated by ordinary catarrhal or suppurative salpingitis. Occasionally the condition of the ligaments and the lymphathics furnish valuable diagnostic information. In some cases tubercular deposits can be felt upon the pelvic peritoneum. The existence of tubercular peritonitis with or without ascites is almost a sure indication of the tubercular nature of the tubal affection.

The older *Chiari* taught that under favorable circumstances by vaginal or rectal palpation the tubercular tubes could be felt as hard, tortuous, elongated swellings extending from the uterus toward the ovary, the swelling increasing in size in the direction of the ampulla. As these conditions are not always present in tubal tuberculosis and as they may be present in hydro and pyo-salpinx, a positive diagnosis is seldom possible without additional indications of the tubercular nature of the tubal affection. Microscopical examination of the secretions from the uterus for bacilli is

an important diagnostic ressource, and although in the majority of cases of tubal tuberculosis it will prove negative, it should not be neglected in doubtful cases.

In one case of tubercular pyosalpinx *Edebohls* made a positive diagnosis by the use of the exploring syringe. The abscess was punctured from the vagina, and in the pus removed tubercle bacilli were found.

Exploratory puncture as a diagnostic aid would of course be applicable only in the exceptional cases in which the tubes have become distended into large pus sacs. The systematic employment of the clinical thermometer the writer regards as of the greatest utility in the diagnostic of tubal tuberculosis. A single rise in the evening temperature with a normal or sub-normal morning temperature argue very strongly in favor of the tubercular nature of the affection.

Treatment. — From what has been said on the diagnosis of tubal tuberculosis it is evident that in the cases in which the disease is found here as a primary isolated affection and the local and general conditions of the patient are such as to warrant surgical intervention, the diagnosis is often very doubtful, frequently remains so during the operation, and is finally made in the laboratory. In secondary tuberculosis of the tubes, except in cases in which the disease is caused by an adjacent accessible removable or curable focus, radical measures are as a rule contraindicated.

The successful surgical treatment of limited primary tubal tuberculosis is an achievement of the last few years. As late as 1881 *Gehle*[1] after a careful clinical and pathological study of tubal tuberculosis came to the conclusion that the removal of the ovaries and tubes was absolutely contraindicated. Considering the views which were at the time entertained respecting the etiology of genital tuberculosis and the uncertainty of diagnosis, such a verdict was sustained by most operators until quite recently. The operative treatment of genital tuberculosis in appropriate cases was strongly urged by *Hegar*. He emphasized the importance of prophylactic measures. He insists that the extirpation of the disease ovaries and tubes and even of the uterus is indicated in cases of primary, isolated affections of these organs as soon as the disease manifests progressive

[1] *Ueber die primære Tuberculose der weiblichen Genitalien, Dissertation,* Heidelberg, 1881.

tendencies. Operative treatment is also indicated in secondary, not isolated affections when the change in other organs will not produce harmful results. Contra-indications are : Advanced disease of other organs, great weakness, firm and extensive adhesions of the diseased organs. In such cases opening of abscesses and cavities becomes necessary. *Werth* (op. cit.) does not agree with Hegar in the treatment of tubercular salpingitis, who, as will be seen from the above, advises extirpation of the tubercular tubes, even when the peritoneum is affected. When the disease is limited and the tubes are evidently the original foci, especially if they contain pus. Under these circumstances *Werth* simply evacuates the contents of the tube which does not refill.

Wisdow[1] advises evacuation of the tube before excising it in order to prevent peritoneal contamination. In cases in which the removal of firmly adherent tubes gives rise to troublesome hemorrhage he recommends incision of Douglas' pouch and packing of the small pelvis with strips of iodoform gauze, and vaginal drainage. Vaginal operations are advisable when the uterus alone or together with the tubes is affected.

Dorna[2] regards as the correct treatment, if upon opening the abdomen it is apparent that the disease is tubercular and involves the peritoneum investing the ovaries and tubes, is to close the wound at once. If cheesy fluid is present, it must be allowed to escape, and an emulsion poured in consisting of iodoform (fine crystals) 10 parts, alcohol in quantity to make it damp, distilled water 20 parts, glycerine 70 parts. The iodoform and alcohol are rubbed together in a sterilized mort arusing the pestle well, and the glycerine added gradually.

That operative interference in genital tuberculosis is occasionally followed by miliary tuberculosis in the same manner and for the same reasons as after arthrectomy or resection of tubucular joints is shown by a case reported by *Rinaud* in which the removal of tubercular appendages was followed by tubercular meningitis. The operation was performed may 5, and on the 26, the patient was taken with vomiting, anorexia and rise of temperature. Symptoms

[1] *Die operative Behandlung der Genital-Tuberculose ; Centralblatt für Gynækologie*, 1885, N° 36.
[2] *British Medical Journal*, oct. 21, 1893.
[3] *British Medical Journal*, oct. 18, 1893.

of tubercular meningitis slowly developed and on june 2 there was left hemiplegia and the rightside of the face was paralyzed, the patient dying on june 8. An area of brain tissue covered with greenish exudate and tubercula, deposits along the vessels of the pia mater were found.

In the absence of known pulmonary complications it is the duty of the surgeon to resort to direct surgical intervention in all cases of tubal tuberculosis with and without tubercular peritonitis. In cases of tubercular abscess of the tubes without hydrops of the peritoneal cavity, the writer would have great confidence in tapping the abscess through the vagina, which can always be done without danger as the tube is found invariably firmly attached to the pelvic floor. Evacuation of the contents of the abscess, followed by an injection of 10 per cent iodoform glycerine emulsion in doses of two to four drachms. This treatment has yielded such excellent results in the management of tubercular joints that it should receive a thorough trial in the treatment of genital tuberculosis in well selected cases. If the tubal tuberculosis is attended or preceded by tubercular hydrops of the peritoneal cavity, in the absence of positive contra-indications the best treatment undoubtedly is by opening the abdominal cavity. The course to be pursued by the surgeon must be determined by the pathological conditions which present themselves. If the disease has originated in the tubes and has not involved the peritoneum, the tubes and ovaries should be removed whenever possible. If the primary tubal disease has given rise to limited tubercular peritonitis, the same course should be pursued. In such cases it is the universal practice of the writer to iodoformize the peritoneal cavity by pouring into it from 2 to 4 drachms of a ten per cent iodorform-glycerine emulsion, and establish drainage by inserting into the lower angle of the incision a Keith's glass drain loosely packed with iodoform gauze. The drainage is continued until all secretions have escaped, when the drain is removed and the wound closed by secondary sutures inserted at the time of operation. If the tubes are not much distended but so firmly imbedded in strong and extensive adhesions as to render their removal a dangerous procedure, they should be left, and the peritoneal cavity treated as advised above.

The author is fully satisfied that in number of his cases thus treated a permanent cure was effected. He has also resorted in a number of cases of tubercular hydrops of the peritoneal cavity com-

plicated by tubal disease, to tapping and iodoform injections with the most satisfactory results. In two cases treated by laparotomy and drainage, the ascites returned after the wound healed, and yielded later to this method of treatment. If the tubes are found much distended, and so firmly imbedded as to render their extirpation impracticable, they should be incised, evacuated, scraped and packed with a strip of iodoform gauze, which is brought out at the lower angle of the wound on the side of the glass drain. If the uterus is involved primarily or secondarily, if the patient's general condition warrants operative procedure, vaginal hysterectomy with removal of the adnexa if indicated. If the peritoneum is found affected the parts within reach should be iodoformized, and vaginal drainage established with iodoform gauze.

In conclusion it may be stated that tubal tuberculosis should be treated upon the same general surgical principles as similar affections in any other part of the body.

SHORTENING THE ROUND LIGAMENTS BY VAGINAL SECTION DONE IN CONNECTION WITH CYSTO-HYSTERORRHAPHY

By **Henry T. Byford**, (Chicago).

Since I began operating upon the round ligaments by way of the vagina, the subject has received considerable attention by a few operators and has been discussed in some of the medical periodicals, particularly the *Centralblatt für Gynäkologie*. The subject is therefore not new to you, and I will restrict myself to giving a brief review of my limited experience, and such deductions as I have made from them.

My method has been to make a T shaped incision in the anterior vaginal wall, the top of which extends from side to side in front of the cervix, similar to that often used of performing vaginal fixation of the uterus. The bladder is separated from the cervix by the finger and the peritoneal cavity opened by a transverse incision, or by tearing.

Whatever intraperitoneal work that may by called for is then done, viz, the separation of adhesions, the treatment or removal of ovaries, enucleation of uterine fibroids, etc. Then the index and middle fingers of the left hand are passed into the peritoneal cavity, and with the aid of forceps are made to pull down the posterior surface of the bladder until the peritoneum that belongs over the top of the bladder can be seen. While the forceps hold down the tissues two chromicised catgut sutures are passed through the bladder peritoneum about two centimetres from the median line on either side, and as high up behind the pubes as possible. The uterus is now grasped in the median line near the fundus by tenaculum forceps, drawn into the vaginal incision, and attached over the bladder by means of the above mentioned catgut sutures, which are passed deep into the muscular substance of the uterus about two centimetres to either side of the median line on the anterior edge of the fundus, and are tied. This produces a peritoneal attachment of the body of the uterus to the bladder.

The index finger of the left hand is then hooked over the left round ligament and made to draw a fold of it into the vagina. The ligament is drawn into the vagina by successive graps of forceps until the inguinal end is taut and cannot be drawn farther without being torn. A chromicised catgut thread of medium size is now passed through the ligament as near the inguinal end as possible, and also into the anterior wall of the uterus immediately above the vizible uterine origin of the round ligament. The same is done with another thread on the other side, and both are tied. This attaches the upper part of the uterus to points on the round ligaments as far forward as they as can be brought into the vagina, and shortens the ligaments by several inches. By scarifying their uterine origin their attachment may be made more extensive.

The third part of the operation consists in sewing up the entire wound in the form of a straight median line incision, including the bladder walls. This restores the bladder to its cervical and vaginal attachments, draws together the connective tissue in front of the cervix and thus assists in holding the cervix back.

In my first case I merely sutured the uterus to the bladder in this manner without attempting to shorten the round ligaments. I then opened the peritoneal cavity and found the fundus lying over the bladder and behind and near the pubes, but not abnormally high up behind the pubes, as is the case after abdominal hysterorrhaphy or

hysteropexy. In other words the uterus was in a normal position. The sutures were buried from view, and no wound or raw surface was visible.

I have had no opportunity to examine by abdominal section any of the thirteen cases upon which the complete method was carried out, but have recently examined them bimanually. In none of them has the fundus returned to its former location in the cul-de-sac of Douglas. In two of them the cervix has sagged forward, and the uterus is in a state of anteflexion, with the cervix pointing toward the vaginal outlet. In two others the position of the uterus is normal except that the fundus is drawn somewhat to one side. In the majority of them the cervix points backwards, and the fundus lies well forward over the bladder.

By way of criticism it might be said that the permanence of the results of shortening of the round ligaments by this method, or combination of methods, depends upon the persistance of peritoneal adhesions. It is possible that in quite a proportion of the cases these adhesions might strech and the deformity recur. For this reason I have considered it essential in each case to produce the adhesions over the bladder. It is to be supposed that these adhesions will in time become more or less membranous, and will in no way interfere with the developement of the pregnant uterus.

In ordinary cases without adhesions the Alexander operation would do as well, but in those in which an intraperitoneal exploration, treatment or operation is required this is the method which I consider the best one for retroversion.

NOTE SUR L'EMPLOI DE LA TIGE CANNELÉE DE M. LEFOUR ET D'UN NOUVEAU TUBE-PESSAIRE INTRA-UTÉRIN

Par M. le Dr **Paul Petit**, (Paris).

Les reproches justement adressés naguère pour son mode de contention à la tige intra-utérine de M. Lefour, n'ont plus, parait-il, leur raison d'être, depuis que l'auteur a conseillé de se servir, comme agent fixateur, de fil d'argent, de passer ce fil un peu plus haut au-dessus de l'orifice externe et de le serrer au devant du col. Je n'ai

donc pas lieu d'insister sur la petite modification que j'ai proposée, avant de connaître ce nouveau dispositif, et qui consiste dans l'addition, au pôle inférieur de la tige, au-dessous du canal transversal déjà percé, d'un anneau tout juste assez large pour qu'on y puisse passer le fil, avant de le nouer au-dessous du col ainsi qu'on le faisait primitivement.

Mais je tiens à confirmer un certain nombre des résultats obtenus avec cet excellent instrument, de conception toute nouvelle, par M. Lefour, un bon nombre de gynécologues bordelais et M. Bouilly. Je l'ai adopté avec d'autant plus d'empressement pour la *dysménorrhée par antéflexion congénitale* que j'avais déjà obtenu, en pareil cas, d'un instrument beaucoup plus grossier et moins bien toléré, du vieil arsenal, un rendement inespéré. Je m'en suis servi, avec le plus grand avantage, pour l'*atrésie due au crayon de chlorure de zinc*, alors que le cathétérisme répété, la dilatation progressive et l'électrolyse négative ne donnent pas de résultat durable et doivent céder le pas à l'hystérectomie. Mais les résultats de M. Lefour lui-même sont là pour en déconseiller l'emploi, *s'il y a inflammation circum-utérine*, et j'ai tiré pour ma part, en ce sens, d'un fait en apparence très favorable, un enseignement qui me suffit jusqu'à nouvel informé.

Cette réserve étant faite, il ne semble pas qu'il y ait à chercher mieux, en fait de pessaire intra-utérin, que l'instrument de M. Lefour. Je me suis pourtant demandé si un tube bien conditionné, d'après les principes mêmes qu'il a posés, ne serait pas préférable, quand on vise le draînage de l'utérus et surtout le traitement de la stérilité, et j'ai fait établir l'instrument que voici :

C'est un tube en aluminium nickelé, percé de deux étages de fenêtres ovales et parfaitement polies, présentant de chaque côté de son extrémité inférieure, deux trous, l'un foré à même la paroi, à $^1/_2$ centimètre de l'orifice, l'autre au travers d'une ailette minuscule qui fait saillie au-dessous de l'instrument. Le calibre qui convient à la généralité des cas est de 6 millimètres. Quant à la longueur elle doit être calculée de telle sorte que l'instrument dépasse plus ou moins l'orifice interne, suivant qu'il y a ou non antéflexion.

L'utérus ayant été dilaté au degré voulu, on enfile, à l'avance, un fil d'argent, de chaque côté de l'orifice inférieur du tube, dans les deux trous correspondants, puis l'on fixe une aiguille courbe sur le chef supérieur de chaque fil et l'on passe chacune des aiguilles à travers la commissure correspondante du col, à la hauteur voulue et de dedans en dehors. On met alors le tube en place et l'on n'a

plus qu'à nouer les deux fils de chaque côté, l'un après l'autre. Ceci fait, l'orifice du tube doit effleurer l'orifice même du col qu'il dilate et se trouve maintenu dans cette position, surtout grâce à la fixation bilatérale et accessoirement par la hernie de la muqueuse dont les fenètres de l'instrument, hernie assez légère pour être sans inconvénients, étant donné les dimensions et le poli des fenètres.

Inutile d'appuyer sur la nécessité d'une antisepsie minutieuse, avant, pendant et après la mise en place. Elle ne doit être suspendue que pendant les périodes où la fécondation est recherchée ; on la réserve alors au mari et on la remplace chez la femme, au moment opportun, par des lavages simplement aseptiques.

Je n'insiste pas non plus sur l'utilisation de ce tube (simple succédané, à mes propres yeux, de la tige cannelée) pour le drainage de la cavité utérine attendu que la gaze iodoformée, glycérinée ou non, me paraît suffire à tous les cas. Mais je le crois bien adapté au traitement de la *stérilité d'origine obstructive*. Je vous engage à en essayer, avant même que je ne vous lise mes résultats encore en trop petit nombre pour voir le jour, car je puis déjà affirmer qu'il remplit les conditions d'innocuité et de fixité voulues.

TRAITEMENT DE LA RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Par M. **Hartmann**, (Paris).

Je désire simplement attirer votre attention sur un point un peu spécial que je ne connais que très peu, m'occupant exclusivement de gynécologie ; c'est celui de la rétroflexion de l'utérus gravide.

Au Congrès de gynécologie tenu à Bordeaux l'an dernier, M. Jacobs a communiqué 10 cas de rétroflexion de l'utérus gravide, traités par la laparotomie suivie d'hystéropexie. Ce chiffre d'opérations m'a un peu étonné, étant donné ce que j'avais observé antérieurement.

1° Tout à fait au début de la grossesse ; il n'y avait alors aucun trouble fonctionnel et, d'une manière générale, l'œuf en se développant amenait le redressement de la déviation.

2° Du troisième au quatrième mois et alors l'utérus à l'étroit dans l'excavation était cause d'accidents. Dans 4 cas ces accidents ont été de

même ordre : accidents d'ordre urinaire, grande fréquence dans les mictions et douleurs pelviennes dans un cas, rétention complète d'uiine dans les trois autres.

Dans les quatre cas, j'ai réduit sans anesthésie l'utérus en insinuant l'extrémité de deux doigts entre son fond et l'excavation sacrée, commençant la réduction de l'organe par son fond. Dans les quatre cas, l'utérus, redressé par cette simple manœuvre, est resté redressé et la grossesse, un instant menacée, a continué son évolution normale, la rétention d'urine ayant, du reste, cessé instantanément dès que le redressement a été effectué.

Le fait n'a rien qui doive nous étonner. Les adhérences, qui unissent l'utérus aux parties voisines, s'élongent en général pendant la grossesse et n'empêchent pas l'organe de se redresser. Si l'on étudie les autopsies de rétroflexion de l'utérus gravide et l'on en trouve en particulier à la suite de mort par accidents urinaires, ayant débuté par une cystite gangréneuse, on voit que les seules adhérences, pouvant empêcher d'une façon absolue la réduction, sont celles qui unissent la vessie à l'épiploon et au rectum, formant un véritable couvercle à l'excavation. Ces adhérences, indépendantes de l'utérus, ne subissent pas comme les autres, de ramollissement et d'élongation pendant la grossesse, mais elles sont exceptionnelles. Dans ces cas, mais dans ces cas seulement, nous croyons la laparotomie indiquée.

Les succès, que nous avons obtenus si simplement chez nos malades, nous engagent à tenter encore dans l'avenir les simples manœuvres de réduction digitale avant de recourir à une opération. M. le professeur Morisani (de Naples) et M. de Cortejarena (de Madrid) viennent de me dire que jamais l'intervention opératoire ne leur avait paru nécessaire. Je serais désireux de savoir quel est sur ce point l'opinion des accoucheurs ici présents et en particulier de notre président, M. le professeur Leopold.

M. **Leopold** (de Dresde). — Ich habe bisher die Retroflexie uteri gravidi durch entsprechende Lagerung heilen sehen und einen operativen Eingriff nur in ganz seltenen und besonders complicirten Fällen nothwendig gehabt.

M. **Gutierrez** (de Madrid). — J'ai publié deux cas d'utérus gravide au quatrième mois de la grossesse, que j'ai guéri simplement par la

position genu-pectorale. Les deux, après être restées pendant trois heures le premier jour et trois autres heures le jour suivant, dans cette position, ont ressenti une espèce de craquement qui indiquait le redressement de l'utérus et elles ont commencé à uriner spontanément.

Je ne crois pas indiqué la laparo-hystéropexie dans la plupart de cas de rétroflexion de l'utérus gravide.

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE POUR FIBRO-MYOMES. TROISIÈME SÉRIE DE 10 NOUVEAUX CAS

Par M. **Henry Delagénière**, (du Mans).

En vous apportant une troisième série de 10 nouveaux cas d'hystérectomies abdominales totales pour fibro-myomes, je ne viens pas seulement affirmer ma manière de voir sur l'opportunité d'opérer les tumeurs. Je veux surtout appeler votre attention sur la technique opératoire que j'ai suivie et principalement sur les perfectionnements que j'ai cru devoir faire.

Je ne vous apporte donc rien de définitif ni même rien de parfait, car notre ennemi le plus redoutable, la sépticémie péritonéale, doit toujours nous tenir en éveil. Mais si nous ne savons pas, ou du moins fort mal, combattre ce terrible fléau, nous savons nous mettre en garde contre ses atteintes et l'éviter presqu'à coup sûr.

Quant aux autres craintes qui hantaient autrefois les chirurgiens de blesser les uretères ou la vessie au cours de l'opération, d'avoir après l'opération à déplorer des hémorrhagies intra-péritonéales ou des épanchements de sérosité, je pense qu'elles doivent être laissées de côté si on veut bien suivre pas à pas une technique longue assurément mais que je crois d'une sécurité absolue.

L'ouverture de l'abdomen, le désenclavement de la tumeur et son ablation n'ont subi aucune modification. J'en ai antérieurement publié la technique *in extenso*. Mes modifications essentielles ont porté sur trois points principaux.

1° Préparation de la malade.

2° L'hémostase.

3° Soins consécutifs.

Préparation de la malade. — Nous attachons la plus grande importance à ce que la malade suive longtemps avant l'opération un traitement vaginal antiseptique. Ce *traitement préparatoire* doit être regardé comme indispensable chaque fois qu'il est possible. Quand il ne l'est pas on devra chercher par des procédés plus rapides à atteindre le même but. C'est alors qu'on aura recours aux injections avec solutions antiseptiques concentrées suivies de pansements vaginaux.

Le pansement vaginal doit comprendre d'abord l'attouchement des parois vaginales avec des liquides antiseptiques. Nous employons l'alcool sublimé à 1 °/o puis avec solution de sublimé à 1 °/o enfin nous pratiquons un tamponnement lâche du vagin avec de la gaze iodoformée. Ce tamponnement est renouvelé au moment de l'opération. Nous avons soin quand cela est possible d'écouvillonner le col avec des mèches de gaze iodoformée.

L'*hémostase*. — L'hémostase a attiré surtout notre attention. Nous avons adopté la manière de faire suivante qui a le mérite d'être plus rapide et peut-être plus sûre. Nous faisons 4 pédicules pour les 4 troncs artériels. Pour le pédicule supérieur des artères utéro-ovariennes, jamais nous ne le faisons au début de l'opération et cela pour deux raisons ; la première est que le plus souvent la ligature glisse pendant la dissection de la collerette, la deuxième que la ligature du pédicule rétrécit le champ opératoire et gêne l'isolement du col et plus tard l'hémostase inférieure. Nous terminons au contraire l'hémostase par ces pédicules.

Pour les artères utérines nous avons adopté la règle suivante : l'artère et ses nombreux rameaux ont été séparés par des pinces au cours de l'opération. Au lieu de chercher à isoler sur une seule pince le tronc artériel ce qui occasionne une perte de temps sensible, je passe dans la paroi latérale du vagin, près du bord de section, et parallèlement à cette section, une anse de soie moyenne. Toutes les pinces placées sur l'utérine et ses branches sont renversées vers l'axe du bassin afin de permettre de nouer les chefs du fil au dehors des pinces. Le nœud est fait puis vigoureusement serré pendant que l'aide enlève toutes les pinces les unes après les autres. Il en résulte une sorte de pédicule latéral solidement fixé au vagin.

Lorsque les deux artères utérines sont ainsi liées il n'y a plus que la section vaginale qui donne encore un peu de sang. Le meilleur moyen pour obtenir une hémostase sûre est de passer à la manière de

Martin trois anses de soie ou de catgut en avant et en arrière pour relier la tranche vaginale au bord de la collerette. Les trois anses doivent prendre dans sa totalité la tranche vaginale. Non seulement on arrive ainsi à arrêter toute hémorrhagie mais encore en fronçant la collerette on en facilite la fermeture.

La fermeture complète du plancher pelvien par la suture de la collerette me paraît indispensable. J'en donnerai trois raisons principales. D'abord elle met la cavité péritonéale à l'abri de tout épanchement de sang s'il y a hémorrhagie, ensuite elle constitue une barrière à l'infection qui peut venir du vagin ; enfin elle permet le drainage abdominal simple qui met à l'abri des conséquences de tout épanchement séreux dans le péritoine.

Le drainage abdominal nous paraît devoir être conseillé d'une façon habituelle. Malgré les imperfections des tubes en caoutchouc nous les croyons préférables aux tubes de verre. L'écoulement des liquides par la plaie se fait spontanément tandis que les liquides s'accumulent dans les drains en verre et doivent y être aspirés, manœuvre regrettable à cause des dangers d'infection. En outre la rigidité des drains en verre peut exposer à la compression du rectum comme cela nous est arrivé chez notre malade n° 24 et amener de véritables accidents d'occlusion.

Soins consécutifs. — Sous aucun prétexte le drain ne doit rester en place plus de 48 heures. En se conformant à ce principe les suites opératoires seront absolument semblables à celui des laparotomies non drainées.

On devra veiller avec grand soin au bon drainage de la plaie sous-péritonéale par le vagin. Dans ce but on renouvellera le tamponnement vaginal quelques heures après l'opération, on le changera ensuite chaque jour pendant 5 à 6 jours puis on commencera les injections antiseptiques.

Telles sont les modifications auxquelles je suis arrivé. Elles sont de minime importance mais elles apporteront, j'espère, encore plus de sécurité à une méthode qui a fait ses preuves non seulement entre mes mains mais aussi entre celles du professeur Terrier, de Paul Delagenière, Defontaine, Pantaloni, Mauprofit, etc.

Au point de vue statistique cette 3e série porte à 30 le nombre de mes opérations avec deux morts seulement, les nos 1 et 27.

TABLEAU DES OPÉRATIONS (3me série de 10.)

N°	Age.	Etat général avant l'opération.	ACCIDENTS avant l'opération.	DATE de l'opération.	PRÉPARATION AVANT L'OPÉRATION	MANUEL OPÉRATOIRE	DRAINAGE	POIDS de la tumeur.	NATURE ET VARIÉTÉ DE LA TUMEUR	RÉSULTAT opératoire.
21	42	Mauvais.	Douleurs; compression de la vessie.	7 mai 1895.	Injections de sublimé depuis 4 jours; tamponnement vaginal.	Collerette circulaire; ligature de l'utérine au vagin; union du vagin à la collerette; fermeture du péritoine.	Drain en caoutchouc.	850 gr.	Fibro-myôme; hydro-salpingites.	Guérison.
22	44	Bon.	Hémorrhagies; compression.	11 juillet 1895.	Injections de sublimé depuis 2 mois; tamponnement vaginal.	Collerette circulaire; ligature de l'utérine au vagin; union du vagin à la collerette; fermeture du péritoine.	Drain en caoutchouc.	1,200 gr.	Fibro-myôme en partie enclavé et tordu sur son axe.	Guérison.
23	40	Très mauvais.	Hémorrhagies depuis 4 ans; albuminurie.	28 août 1895.	Injections de sublimé depuis 15 jours; tamponnement vaginal.	Collerette circulaire; ligature de l'utérine au vagin; union du vagin à la collerette; fermeture complète du péritoine.	Drain en caoutchouc.	1,700 gr.	Gros fibro-myôme et petit noyau sous-muqueux.	Guérison.
24	38	Bon.	Métrorrhagies.	28 septembre 1895.	Injections de sublimé depuis 1 mois; tamponnement vaginal.	Collerette circulaire; ligature de l'utérine au vagin; bordure du vagin par la collerette; fermeture du péritoine.	Drain en verre.	1,600 gr.	Fibromes multiples.	Guérison.
25	35	Médiocre.	Douleurs; compression.	16 novembre 1895.	Injections de sublimé depuis 15 jours; tamponnement vaginal.	Collerette à lambeau antérieur; ligature de l'utérine au vagin; union du vagin à la collerette; fermeture du péritoine.	Drain en caoutchouc.	4,000 gr.	Fibro-myôme; tumeur bilobée, l'une pédiculée avec tension du pédicule et début de sphacèle.	Guérison.
26	40	Bon.	Hémorrhagies; compression.	30 janvier 1896.	Injections de sublimé depuis 6 mois; tamponnement vaginal.	Collerette circulaire; ligature de l'utérine au vagin; union du vagin à la collerette; fermeture complète du péritoine.	Drain en caoutchouc.	1,400 gr.	Fibromes interstitiels et sous-péritonéaux; le col mesure 10 centimètres.	Guérison.
27	45	Mauvais.	Compression; hémorrhagies; albuminurie.	20 février 1896.	Injections de sublimé depuis 4 jours; tamponnement vaginal.	Collerette circulaire; ligature de l'utérine au vagin; union du vagin à la collerette; fermeture du péritoine; hémorrhagie du pédicule droit; laparotomie le 21 février.	Drain en caoutchouc.	1,200 gr.	Fibro-myôme œdémateux.	Mort.
28	45	Très mauvais.	Douleurs; occlusion intestinale.	22 février 1896.	Aucune préparation; tamponnement vaginal.	Collerette circulaire; ligature de l'utérine au vagin; union du vagin à la collerette; fermeture du péritoine.	Drain en caoutchouc.	700 gr.	Fibro-myôme; fibrome inclus dans le ligament large droit.	Guérison.
29	42	Mauvais.	Douleurs; compression; albuminurie.	7 mars 1896.	Injections depuis 1 mois; tamponnement vaginal.	Ouverture du ligament large; énucléation de la tumeur; formation d'une collerette à raquette latérale; le reste comme d'habitude.	Drain en caoutchouc.	1,600 gr.	Fibro-myôme inclus dans le ligament large; trompes et ovaires malades; péritonite tuberculeuse.	Guérison.
30	43	Bon.	Compression; métrorrhagies.	18 mars 1896.	Injections de sublimé depuis 2 mois; tamponnement vaginal.	Collerette à lambeaux antérieur et postérieur; ligature de l'utérine au vagin; union du vagin à la collerette; fermeture du péritoine.	Drain en caoutchouc.	1,050 gr.	Fibro-myôme; col gros en battant de cloche.	Guérison.

CURE RADICALE DU PROLAPSUS UTÉRIN PAR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE COMBINÉE A LA COLPORRHAPHIE ANTÉRIEURE ET A LA COLPOPÉRINÉORRHAPHIE

Par M. le Docteur **Schmeltz**, (de Nice).

Quelles sont les indications dans le prolapsus utérin ?

Doit-on faire l'hytérectomie, ou faut-il pratiquer cette opération de concert avec la colporrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie, ou bien ces dernières opérations doivent-elles être exécutées seules ou avec la résection du col, et dans quel cas ?

Comment faut-il se comporter chez les sujets jeunes et chez les sujets âgés ? Y a-t-il lieu, dans certains cas, de faire l'hystéropexie ou l'opération d'Alexander, de fermer la vulve, en employant par exemple le procédé de Lefort (cloisonnement du vagin) ?

En lisant les discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie, en 1894 (séance du 3 janvier), nous voyons que P. Segond dit que les opérations doivent être basées sur l'état des organes génitaux et que, suivant les cas, on doit avoir recours à l'hystérectomie seule ou associée aux diverses colporrhaphies ; dans d'autres cas, à l'hystéropexie seule ou à l'opération d'Huguier associée à la colporrhaphie.

Dans les néoplasmes utérins et les lésions des annexes, il recommande particulièrement l'hystérectomie. N'étant pas partisan des ligatures, il fait cette opération uniquement en se servant de pinces et s'en déclare très satisfait puisqu'il obtient toujours de solides cicatrices.

M. Richelot critique la vagino-fixation qui ne produit aucun effet et conclut en disant que « l'hystérectomie ne doit être considérée que comme accessoire et comme constituant le premier temps d'une opération qu'il faut immédiatement faire suivre d'une colporrhaphie, pour laquelle hystérectomie il sera préférable de faire des ligatures, au lieu de laisser des pinces, de façon à avoir le champ libre. »

M. Lucas Championnière croit que toutes ces opérations ne mettent pas à l'abri des récidives. « Il a été frappé de la tendance aux hémorrhagies que présentaient les malades hystérectomisées pour prolapsus. »

A la séance du 10 janvier, M. Schwartz, dans la seule hystérectomie qu'il eut à pratiquer pour prolapsus utérin, expose qu'il eût à lutter contre une hémorrhagie profuse qui l'obligea à placer dix-neuf pinces; les artères utérines présentaient à peu près le volume de l'humirale, et dans le décollement de la paroi postérieur de la vessie il eut à chaque instant à placer une pince sur des vaisseaux d'un volume anormal. Pour diminuer le nombre des pinces, il en remplaça quinze par des ligatures et il en laissa seulement quatre, qui furent en outre renforcées par des ligatures. Il dut faire en plus un tamponnement serré pour compléter l'hémostase. M. Schwartz dit qu'en général on regarde l'hystérectomie vaginale comme particulièrement simple et bénigne dans le prolapsus utérin et qu'au contraire, dans le cas cité ci-dessus, il eut à faire une opération grave et compliquée, par suite d'hémorrhagie d'une abondance inusitée.

M. Routier, mécontent des procédés d'Alexander et de Lefort, pratiqua l'hystérectomie qui lui donna des hémorrhagies difficiles à arrêter. Il a recours maintenant surtout à la périnéorrhaphie, à la colporrhaphie antérieure et se passe, lorqu'il le peut, de l'hystérectomie.

M. Reclus dit que dans la majorité des cas, l'hystérectomie ne doit être qu'une opération préliminaire qui doit être habituellement complétée par la colpopérinéorrhaphie.

M. Pozzi présente une malade qui était atteinte de prolapsus utérin complet et chez laquelle il a fait une hystérectomie suivie de périnéorrhaphie et de colporrhaphie antérieure.

A la séance du 21 janvier, M. le Dentu conclut que le véritable traitement du prolapsus utérin consiste en une série graduée d'opérations qui commence par l'amputation du col et se termine par les opérations autoplastiques consistant à rétrécir le vagin et à restaurer le périnée.

M. Reynier dit qu'il faut faire l'hystéropexie qu'on appliquera aux femmes jeunes et l'hystérectomie vaginale totale applicable à celles ayant dépassé la ménopause. Ces deux opérations doivent être associées à la colporrhaphie qu'il fait vingt-cinq jours après l'hystérectomie. L'emploi des pinces dans cette opération que M. Quénu, dit-il, qualifie de déplorable, est pour lui au contraire recommandable.

A la séance du 1er février, M. Bouilly allègue qu'il suffit de faire les opérations tendant à rétrécir le vagin et qu'elles sont suffisantes pour le prolapsus.

M. Pozzi fait l'hystérectomie en même temps que la colporrhaphie en réséquant un lambeau vaginal antérieur avec un petit lambeau postérieur.

M. Picqué préfère l'opération d'Alquié-Alexander.

M. Chaput conseille plutôt, en raison des difficultés qu'il a eues en faisant l'hystérectomie, l'opération d'Hugier en la combinant avec la colporrhaphie.

M. Monod emploie l'hystérectomie.

M. Lucas Championnière la combine avec la colporrhaphie.

M. Quénu dit qu'en résumé, ses collègues sont, les uns, très affirmatifs quant à l'hystérectomie dans le traitement du prolapsus, qu'il y en a de septiques et que d'autres en sont les adversaires. Il résulte de toutes ces discussions que la colpopérinéorrhaphie n'est pas toujours suffisante et il devient alors utile de lui associer l'hystérectomie vaginale. On a certes, dit-il, exagéré la gravité de cette dernière opération et les accidents hémorrhagiques dont il a été question peuvent être aisément combattus. La colpopérinéorrhaphie ne suffit pas dans le traitement du prolapsus et il est bien des cas dans lesquels l'hystérectomie vaginale est formellement indiquée pour y être associée.

Dans la séance du 6 décembre 1893, le docteur Léjars avait communiqué deux observations d'hystérectomie pour prolapsus et il se trouvait satisfait de cette opération en la combinant avec la colporrhaphie et la périnéorrhaphie. Il préfère plutôt lier que pincer les ligaments.

M. Quénu (séance du 20 décembre) avait dit qu'il trouvait l'emploi de pinces à demeure déplorable en pareil cas. Il fait, dit-il, la ligature des ligaments larges, et reprenant les chefs de fils qui ont servi à cette ligature, il les lie de façon à suturer ensemble les ligaments larges et à constituer ainsi une sangle très solide ; il complète la fermeture du péritoine résultant du décollement de la vessie, et à son bord postérieur le péritoine du cul-de-sac recto-vaginal, enfin en suturant le vagin, il fait passer un des fils dans l'épaisseur des ligaments larges réunis l'un à l'autre de façon à faire adhérer à ce niveau la cicatrice vaginale.

De toute cette longue discussion il ressort qu'il est nécessaire de refaire l'appareil de suspension, de soutènement qui est relâché ; il faut agir sur les parois vaginales, rétrécir, fermer et reconstituer une cavité vaginale virtuelle (comme dit Bouilly). C'est contre le défaut de résistance du plancher qu'on doit agir.

Il est avéré que la colporrhaphie antérieure, aidée de la colpopérinéorrhaphie, sont les meilleures opérations dans ces cas. Hegar, avec sa grande autorité, d'accord sur ce point avec son prédécesseur Simon, proclamait déjà depuis longtemps que la colpopérinéorrhaphie était la véritable opération qu'il convenait de faire dans le prolapsus. Il y ajoute à l'occasion la colporrhaphie antérieure.

D'après mon expérience, le procédé consistant à faire en une seule séance la colporrhaphie antérieure, la colpopérinéorrhaphie et l'hystérectomie vaginale, est, dans la plupart des cas, le vrai traitement du prolapsus, à la condition de faire ces opérations combinées avec une grande rapidité.

1° Hystérectomie vaginale.

On croit qu'en se servant des pinces à forci-pressure à mors longs, l'opération se fera avec grande rapidité. Il n'en est malheureusement rien. Dans l'opération dont parle Schwartz, il ne fallut pas moins d'une vingtaine de pinces, et encore l'hémorrhagie fut-elle très difficilement combattue. De plus, les pinces serrent souvent très mal, malgré leur perfectionnement actuel (pinces de Richelot, de Doyen) et beaucoup de cas de mort ont été observés à la suite d'hémorrhagies secondaires.

L'hystérectomie une fois pratiquée de cette sorte, il est très malaisé de faire la colporrhaphie. En effet, on a devant soi une quantité de pinces qui doivent rester à demeure et qui gênent considérablement l'opérateur. De plus, quand l'opération combinée est terminée, les pansements ultérieurs sont très difficiles à appliquer, de même que les lavages qui peuvent être nécessaires et le cathétérisme. Avec les ligatures on peut fermer la cavité abdominale. Si l'on n'a pas recours aux pinces, si l'on fait la suture, au contraire, tout change de face. Les colporrhaphies se font facilement.

En Allemagne, surtout, on ne se sert pour ainsi dire que de la ligature. Martin à Berlin ; Léopold à Dresde ; Freund à Strasbourg ; Sänger à Leipzig, entre autres, se trouvent bien de cette manière de faire. Mais ils avouent qu'il faut toujours un temps assez long. Cette longueur est due à ce qu'il faut constamment changer d'aiguilles, que celles-ci doivent quitter à tout instant le porte-aiguille pour être ressaisies chaque fois par la pointe une fois qu'elles ont traversé les tissus. Au contraire, si l'on se sert d'une aiguille à chas

placée à la pointe de manière qu'une fois enfilée l'aiguille n'est plus déplacée ; si d'autre part il se trouve sur le manche du porte-aiguille une bobine chargée de fil et pouvant tourner sur un pivot, l'opération se fera dès lors plus rapidement.

Les aiguilles de Reverdin et de Lamblin sont excellentes, mais elles sont compliquées et difficiles à stériliser. Un aide exercé est en outre nécessaire pour charger chaque aiguille qui doit être ouverte et refermée à chaque application de fil.

Je me suis servi dans mes opérations de l'aiguille de Moutaz de Grenoble, qui constitue un progrès, mais qui présente les inconvénients suivants :

L'aiguille est verticale sur le même plan que le manche. Elle fait corps avec le manche.

Placée perpendiculairement sur le porte-aiguille et indépendante, je compris que son maniement en serait plus facile. On peut ainsi lui donner toutes les courbures requises. De plus, la bobine étant éloignée de la pointe, le fil présente trop de longueur, ce qui gène la marche du fil.

Voici donc l'instrument que j'imaginai et que je fis construire.

Sur un porte-aiguille analogue à celui de Collin ou de Thiersch, je fis remplacer la vis qui réunit les extrémités, des pointes par une tige pouvant supporter une petite bobine en nickel. Sur cette bobine est enroulé le fil (généralement du fil de soie) et la pointe perforée de l'aiguille reçoit l'extrémité du fil. L'aiguille est alors saisie par les mors de l'instrument qui est ainsi prêt à fonctionner. On traverse les tissus avec l'aiguille ainsi montée et le bout du fil est saisi à gauche par une pince. On retire l'instrument vers sa droite et le fil est coupé devant l'aiguille d'un coup de ciseaux.

On recommence alors le même mouvement et l'on applique ainsi rapidement toutes les sutures exigées, avec l'aiguille toujours chargée. On peut à sa guise mettre sur ce porte-aiguille des aiguilles droites, plus ou moins courbes, rondes ou aplaties comme celles de Hagedorn.

J'ai renoncé au catgut pour mes opérations. Je me sers toujours de soie.

Cette soie est stérilisée moyennant la glycérine phéniquée bouillante et mise ensuite dans de l'éther iodoformé. De cette manière, j'ai toujours à ma disposition des fils parfaitement aseptiques.

2° Colporrhaphie antérieure.

Je la pratique très rapidement par simple incision médiane au bistouri et excision des lambeaux décollés.

3° Colporrhaphie postérieure. — Colpopérinéorrhaphie.

Pour cette opération j'ai renoncé aux procédés d'Emmet, de Simon, de Hegar.

Le procédé de Lawson Tait est celui que j'employais dans mes premières opérations. Il est très rapide, mais il a plusieurs inconvénients. Les coups de ciseaux qu'il exige ouvrent quelquefois l'intestin. Il est très malaisé de faire le premier temps de dédoublement de la cloison recto-vaginale avec cet instrument si l'on n'en a pas une grande habitude. Au lieu de ciseaux, j'incise la peau tout autour de la vulve dans la demi-circonférence inférieure à la jonction de la muqueuse en me servant d'un bistouri convexe.

Deux doigts de la main gauche sont introduits dans le rectum, et avec l'index et le médius de la main droite, j'opère alors un décollement assez étendu de la muqueuse. Cette muqueuse est relevée verticalement moyennant deux pinces de Museux. Généralement il n'y a pas de vaisseau à pincer ou à lier. Un lavage à l'eau chaude arrête vite tout écoulement sanguin.

La plaie étant bien étalée, grâce à des pinces tire-balles, je pratique plusieurs étages de sutures, en allant de bas en haut. Le périnée étant ainsi suturé, et la muqueuse vaginale étant relevée par les pinces, je fais, avec les ciseaux, une section médiane sur la muqueuse vaginale aussi profonde que possible et j'excise comme dans la colporrhaphie antérieure les lambeaux latéraux.

Les deux lèvres de l'incision sont dès lors suturées dans le vagin et l'opération est terminée.

Toute l'opération se fait ainsi très rapidement au contraire de l'opération d'Emmel, de Simon et de Hegar qui, par suite du décollement de la muqueuse et de l'hémorrhagie, sont toujours passablement longues.

Nous employons donc exclusivement la suture des ligaments larges, mais avec cette modification qu'au lieu de la faire systématiquement par étages, on lie au fur et à mesure les ligaments par petites portions qui sont chaque fois coupées au ras de l'utérus.

On a ainsi une série de petits faisceaux liés, dont la suture est capable de se relâcher bien moins que si l'on faisait de grandes ligatures en masse.

Pendant l'hystérectomie et la colporrhaphie nous nous servons d'Uliptol en solution comme lavage.

C'est un corps composé d'acide salicylique, d'acide phénique et d'essence d'eucalyptus. L'Uliptol est aussi antiseptique que le sublimé, mais n'est nullement dangereux comme ce dernier.

PROCÉDÉ VAGINO-ABDOMINAL D'HYSTÉRECTOMIE TOTALE POUR L'ÉNUCLÉATION DES GROS FIBROMES

Par M. **Tournay**, professeur à la Maternité de Bruxelles.

Il y a quatre ans, à la première session du Congrès international de gynécologie et d'obstétrique qui a été tenu à Bruxelles, la question de l'extirpation des gros fibromes utérins n'a fait l'objet d'aucune discussion ; M. Doyen seul a fait une communication sur ce sujet, en exposant son procédé d'énucléation totale en un seul temps. A cette époque cependant les avis étaient encore très partagés. Tandis que quelques chirurgiens étaient partisans de la méthode extra ou intra-péritonéale, d'autres plus nombreux MM. Péan, Lister, Freund, Bardenheuer (1881), Bouilly, Martin, Fritsch, Chroback, Guermonprez (1891) lui préféraient l'extirpation totale, que ce fût par le procédé abdomino-vaginal, vagino-abdominal, ou abdominal. L'année suivante, en 1893, au Congrès de chirurgie de Paris, la question du traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus est mise à l'ordre du jour ; nous entendons M. Richelot défendre encore la méthode intra-péritonéale que M. Chroback (1891) avait abandonné, MM. Pozzi, Duret, Jules Bœkel, Chaput se déclarer partisans de l'hystérectomie supra-vaginale avec pédicule externe et le dernier exposer un procédé d'hémostase du pédicule par la ligature directe des vaisseaux. Mais MM. Péan, Schwartz, Gouilloud, Jacobs, Rouffart et Lebec, à l'aide de statistiques des plus fournies, insistent sur les avantages de l'hystérectomie totale en deux temps, tandis que MM. Doyen, Delagenière et Reverdin défendent l'extirpation totale en un seul temps, le dernier à l'aide de

son appareil ingénieux qui lui permet de soulever la tumeur et de l'incliner en différents sens.

Nous croyons que M. Martin se rallia déjà précédemment à l'extirpation totale par voie abdominale, puisque lors du Congrès de Bruxelles, en 1892, il eut déjà l'occasion de pratiquer cette opération devant les membres du Congrès. (N. de la R.)

Au Congrès international de Rome en 1896, M. Martin qui avait été un défenseur ardent de l'amputation supra-vaginale, se rallia à l'ablation totale de l'utérus. Dans son magnifique rapport sur le traitement du pédicule dans la myomectomie, il démontre, à l'aide de faits nombreux, que « la source des dangers est dans le moignon du col, qu'à ce niveau se produisent des hémorrhagies redoutables, que de ce point partent les infections. »

A partir de ce moment les rangs des partisans des méthodes extra et intra-péritonéales deviennent de plus en plus clairsemés; indépendamment des dangers de septicémie et d'hémorrhagie secondaire, le maintien du moignon du col peut amener de la suppuration, l'élimination du lien soit par le rectum, soit par le vagin, des fistules, des obstructions intestinales et même des récidives. La plupart des chirurgiens adoptent l'extirpation totale. M. Richelot, au Congrès de Paris de 1895, expose sa nouvelle méthode en un seul temps et M. Lebec un nouveau procédé, à l'aide de ligatures, dans lequel il empêche le glissement de celles-ci en conservant une petite portion du col de chaque côté. M. Delaunay, qui au Congrès de Lyon pratiquait encore le procédé de Péan avec quelques modifications, expose un procédé qui n'est que celui de MM. Rouffart et Jacobs et qui ne diffère de celui que nous avons nous-même défendu au même Congrès, que par le placement des pinces sur les artères utérines au premier temps de l'opération, tandis que nous les plaçons au second temps. Il adresse aux procédés de M. Richelot les mêmes critiques que celles que nous avons formulées.

La lutte reste donc aujourd'hui à peu près circonscrite entre les partisans des procédés d'énucléation complète en deux temps ou en un seul temps à l'aide de pinces ou de ligatures.

Quel est le meilleur de ces procédés? En est-il un qui atteigne la perfection, qui soit réalisable dans tous les cas? Nous ne le pensons pas; l'expérience nous a démontré que chacun des procédés peut avoir ses indications et qu'il est indispensable que le chirurgien, tout en ayant son procédé de choix, les connaissent tous, de

façon à pouvoir les modifier au cours d'une opération et les combiner suivant le cas qui se présente à lui.

L'observation III en est une preuve. Nous pensions appliquer le procédé vagino-abdominal que nous avons adopté et nous avons été forcé de faire l'extirpation totale par la voie abdominale en un seul temps, le col étant inaccessible par le vagin.

Les procédés d'hystérectomie abdominale totale à l'aide de ligatures me paraissent longs et moins sûrs que les procédés qui assurent l'hémostase par le pincement des artères utérines.

M. Delagénière, au moment de l'opération, aseptise la malade avec beaucoup de soins : il nettoie les culs-de-sac avec de l'éther iodoformé, puis avec une solution antiseptique forte ; il introduit ensuite une mèche de gaze iodoformée dans le col, et le vagin est tamponné mollement à la même substance. Il nous semble que, s'il désinsérait immédiatement le vagin avant de placer la malade sur le plan incliné, il faciliterait son opération et en raccourcirait la durée. Il fait l'hémostase, la partie la plus délicate de l'opération à l'aide de ligatures remplaçant les pinces provisoires. Pour lui la ligature des artères utérines est très simple à la condition d'avoir isolé le vaisseau avec une seule pince, et lorsque l'artère utérine est bien prise, il faut la lier avec un fil de soie que l'on a soin de passer dans la paroi vaginale pour éviter tout glissement. Toutes ces précautions opératoires demandent de 1 $^1/_4$ h. à 2 h. — M. Lebec incise le vagin par la cavité abdominale à l'aide d'une longue pince courbe qu'il introduit par le vagin et qu'il ouvre d'un à deux centimètres ; il se sert de la même pince pour introduire à travers l'ouverture des culs-de-sac les fils de soie destinés à la ligature des artères utérines, et il laisse en dedans de ces ligatures deux moignons dont le relief empèche le glissement. Or il a eu des ligatures qui ont glissé ; en outre ce moignon peut être une source d'infection et même de récidive ; aussi recommande-t-il de placer un drain en T entre les deux pédicules retournés dans le vagin.

Les procédés d'hémostase par les pinces nous paraissent plus faciles, plus rapides et plus sûrs, qu'ils soient appliqués par la voie abdominale seule ou par la voie combinée de l'abdomen et du vagin. Celui de M. Doyen est très brillant mais si l'enlèvement de la tumeur est rapide, ce procédé exige un aide bien exercé, et l'hémostase de l'utérine n'est pas toujours facile.

Quant à la méthode de M. Richelot, elle peut, entre les mains de son habile auteur, donner de très bons résultats; elle nous pa-

raît surtout indiquée lorsque le col est difficilement accessible par le vagin ; mais le fibrome est souvent développé dans le segment inférieur et sa désinsertion par la cavité abdominale ne devient possible dans ce cas que par le morcellement de la tumeur avec tous ses dangers d'infection. Sa grande pince unique est dangereuse; elle embrasse trop de tissus et la partie supérieure des ligaments larges peut abandonner les pinces et donner lieu à une hémorrhagie des artères utéro-ovariques, d'autant plus facilement que les feuillets dédoublés de chacun des ligaments larges sont tiraillés par la tumeur; en outre, elle pourrait, lorsqu'il y a une trop grande épaisseur de tissus, n'accoler que les parois des vaisseaux et donner lieu à une hémorrhagie secondaire.

C'est pourquoi nous préférons au procédé d'hystérectomie abdominale totale de M. Richelot, le procédé vagino-abdominal tel que nous l'avons exposé au Congrès de Paris en 1895. Nous avons depuis lors pratiqué trois nouvelles hystérectomies totales pour gros fibromes ce qui porte à quatre le nombre de nos opérées par ce procédé. Ce chiffre est bien mince comparativement aux statistiques publiées; mais la simplicité et la facilité du procédé, la rapidité d'exécution et les résultats obtenus sont tels qu'il nous paraît être de notre devoir de vous exposer les perfectionnements que nous avons apportés à la technique opératoire.

Trois jours avant l'opération la malade doit faire des injections vaginales fréquentes de sublimé à 50 ctgr. pour 1000; la veille elle est purgée, baignée, rasée.

Au moment de faire l'opération il faut vider la vessie, aseptiser le ventre, la vulve et le vagin; laver et même curetter la cavité cervicale; garantir les membres inférieurs du refroidissement. Puis nous procédons de la manière suivante :

1er temps : se placer entre les jambes de la femme comme dans le 1er temps de l'hystérectomie vaginale; désinsérer le vagin et refouler avec le doigt le péritoine aussi haut que possible surtout en avant; le plus souvent il est impossible de le rompre. Pour faire la désinsertion du vagin nous pratiquons, comme le fait M. Segond dans l'hystérectomie vaginale, de chaque côté du col une incision longitudinale mesurant environ 2 centimètres de longueur; puis, sur la lèvre antérieure, une incision demi-circulaire rencontrant les incisions latérales, le plus près possible de leur extrémité inférieure; ensuite, sur la lèvre postérieure, une incision demi-circulaire rencontrant les incisions latérales très près de leur extrémité supérieure.

De cette façon la vessie est sûrement évitée et l'ouverture vaginale est assez béante pour que les ligaments larges puissent être aisément chargés par les pinces à forcipressure au second temps de l'opération.

A notre avis il est exceptionnel que la désinsertion du vagin ne puisse être faite « per vaginam ; » nous avons opéré ainsi sans aucune difficulté deux vierges dont le vagin était très étroit et dont le fibrome développé dans le segment inférieur de l'utérus faisait bomber les culs-de-sac vaginaux. Cette dernière circonstance eût empêché de placer utilement des pinces par le vagin dès le premier temps de l'opération.

C'est seulement dans le cas où le col serait inaccessible par le vagin (voir observation III) que je me résoudrais à le désinsérer par la voie abdominale, non pas comme le fait M. Richelot qui ne le désinsère qu'en avant et un peu sur les côtés et transperce les ligaments larges à leur base, mais d'une façon complète et sans qu'il soit nécessaire de toucher aux ligaments larges.

2me temps. Placer la femme dans la position de Trendelenburg ; pratiquer la cœliotomie, attirer la tumeur au dehors, la coucher sur le ventre et placer de chaque côté du corps utérin et longeant exactement son bord une première pince à forcipressure dont l'extrémité aboutirait un peu plus bas que le sommet de la vessie ; placer ensuite, de chaque côté, une seconde pince parallèlement à la première, en ne laissant entre les deux que l'intervalle suffisant pour le passage des ciseaux ou du bistouri. On évite ainsi sûrement les uretères et on s'oppose à l'écoulement dans la cavité pelvienne du sang contenu dans la tumeur, ce qui écarte les dangers d'infection et permet de voir plus clair. Après la section des ligaments larges entre les pinces la tumeur est libérée de chaque côté, elle devient plus mobile et se soulève facilement.

Le chirurgien sectionne alors le péritoine à 1 $^1/_2$ centimètre environ au-dessus de la vessie sur une ligne transversale d'un ligament large à l'autre, le décolle à l'aide des doigts ou des ciseaux, détache la vessie de ses adhérences à l'utérus, la refoule derrière le pubis avec les uretères et tombe bientôt dans le vagin ; un doigt introduit dans le vagin peut aller à la rencontre des doigts placés dans la cavité abdominale et faciliter le décollement. Nous faisons ensuite redresser et soulever par un aide la tumeur qui était couchée sur l'abdomen et à l'aide du bistouri, entre les deux replis des ligaments utéro-sacrés et aussi bas que possible, nous pratiquons une

incision horizontale qui nous amène immédiatement dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Dès lors il existe en avant et en arrière de l'utérus deux larges ouvertures et la tumeur n'est plus retenue de chaque côté que par le tiers inférieur des ligaments larges; il devient très facile d'introduire de chaque côté par le vagin et par les grandes brèches ainsi faites une pince à forcipressure de Péan, de façon à embrasser cette partie des ligaments; il ne reste plus qu'à les sectionner en dedans des pinces. La tumeur est ainsi enlevée en totalité.

Des ligatures au catgut placées sur la partie supérieure des ligaments larges, en dehors des annexes, remplacent les pinces provisoires qui, en même temps qu'elles en font l'hémostase, servent à bien tendre les ligaments larges au moment du placement par le vagin des pinces définitives. Nous lavons la cavité abdominale et le vagin et nous nous assurons que l'hémostase est complète; nous introduisons alors par en haut en la saisissant avec une pince, une forte lanière de gaze iodoformée, chargée d'iodoforme, qui, placée dans le vagin dont elle dépasse quelque peu l'orifice interne, protège l'intestin contre le contact des pinces, assure le drainage de la cavité abdominale, arrête par compression les petites hémorrhagies en nappe de la tranche vaginale et de la face postérieure de la vessie et permet d'éviter le trop grand nombre de pinces dont la présence dans le vagin est toujours pénible pour la malade. Si la tranche vaginale présentait des points saignants nous en ferions le pincement avec des pinces longuettes.

Dans les cas non compliqués, l'opération, y compris la suture abdominale, peut se faire en une demi-heure, tout au plus trois quarts d'heure.

L'opération que nous avons l'honneur de vous exposer est en somme celle de Bardenheuer avec cette différence que les ligatures placées sur la partie supérieure des ligaments larges succèdent à des pinces provisoires qui permettent plus de rapidité d'exécution, et que la partie inférieure des mêmes ligaments, au lieu d'être ligaturée, est chargée de chaque côté par une seule pince qui donne plus de sécurité contre les hémorrhagies primitive et secondaire, en même temps qu'elle assure le drainage de la cavité pelvienne. Les grosses tumeurs sont souvent plus ou moins adhérentes, et leur ablation produit un suintement sanguin abondant qui forme un excellent bouillon de culture. En outre ce procédé, réduisant à deux le nombre des pinces, empêche d'une manière complète la production des dou-

leurs que de nombreuses pinces imposent aux opérées pendant les quarante-huit heures qui suivent l'opération.

Depuis un an nous avons pratiqué quatre fois par notre procédé l'extirpation totale de gros fibromes utérin, dont deux énormes (7 kilogr. 250 gr. et 11 kilogr. 375 gr.), avec succès complet dans trois cas et succès opératoire dans l'autre cas.

Observation I.

Cette observation a été publiée *in extenso* dans notre communication au Congrès de Paris en 1895 ; nous n'en donnons que le résumé.

Le 20 juillet de cette année se présentait à ma consultation une femme âgée de 36 ans, vierge et atteinte d'un fibrome dépassant l'ombilic, très développé dans le segment inférieur de l'utérus, remplissant en grande partie l'excavation pelvienne, et absolument immobilisable. J'opérai cette malade le 27 juillet et je modifiai tout d'abord la méthode de Richelot.

Je fit la désinsertion complète du vagin par la voie vaginale ; puis, comme dans l'hystérectomie vaginale, je décollai avec le doigt le péritoine en avant et en arrière aussi loin que je pus le faire, sans aucun effort pour le rompre. Ce premier temps de l'opération fut exécuté avec la plus grande aisance bien que la malade fût vierge et que son vagin fût très étroit.

Je me plaçai ensuite à la droite de la malade et je fis la cœliotomie ; j'attirai la tumeur au dehors à l'aide de la main et de pinces à tractions ; je fis, à un centimètre et demi environ au-dessus de la vessie, une incision transversale sur la face antérieure de l'utérus d'un ligament large à l'autre, je décollai avec le doigt et les ciseaux la portion du péritoine adhérente à la matrice et je séparai de l'utérus la partie de la vessie qui n'avait pas été décollée par le vagin, en m'aidant d'un doigt introduit dans le vagin ; la séparation fut bientôt complète. Je fis ensuite redresser et soulever par un aide la tumeur qui était couchée sur l'abdomen, et je fis, à l'aide du bistouri, entre les deux replis des ligaments utéro-sacrés et aussi bas que possible, une incision horizontale qui m'amena immédiatement dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Dès lors j'avais en avant et en arrière de l'utérus deux larges ouvertures et cet organe n'était plus retenu de chaque côté que par les ligaments larges.

Par les deux grandes brèches ainsi faites, je plaçai avec une facilité

extrême, par le vagin et en dehors des annexes, les deux grandes pinces de Richelot, après avoir eu soin, comme il le recommande, de laisser descendre un peu l'utérus et d'engager à fond le bord supérieur du ligament large, avant de les serrer fortement. A l'aide de ciseaux, je sectionnai les ligaments en dedans des pinces et la masse entière fut enlevée ; elle pesait 1750 grammes.

L'opération, sans la suture abdominale, avait duré 25 minutes à peine. Seulement, en explorant la cavité pelvienne, je m'aperçus que la moitié supérieure des deux ligaments larges avait des deux côtés glissé hors des pinces et que les artères utéro-ovariques donnaient assez abondamment ; je jetai immédiatement une ligature sur chacune d'elles, plaçai un surjet sur la partie libre des ligaments et, après m'être assuré que l'hémostase était complète, je fis un lavage du péritoine et du vagin au moyen d'eau stérilisée et chauffée à 42 degrés et, avant de fermer la paroi abdominale à l'aide de sutures à étages, je plaçai une forte lanière de gaze iodoformée introduite par en haut et placée dans le vagin dont elle dépasse quelque peu l'orifice interne.

L'opération dura environ une heure ; elle eût eu une durée moins longue si j'avais méthodiquement appliqué le procédé que j'ai été accidentellement forcé d'adopter. Si la moitié supérieure des ligaments larges a abandonné les pinces, c'est que celles-ci enserraient trop de tissus et qu'elles n'ont pas présenté une résistance suffisante au tiraillement exercé sur la séreuse péritonéale dont les feuillets étaient dédoublés par le fibrome. Les suites de l'opération ont été excellentes ; la malade, complètement guérie, a quitté mon Institut le 13 août, c'est-à-dire 18 jours après l'opération, sans avoir présenté la moindre élévation de température.

Observation II.

Mademoiselle X..., de Diest, âgée de 37 ans, vierge, est atteinte d'un fibrome énorme et remontant bien au-dessus de l'ombilic. Elle ne peut nous renseigner sur l'époque où son ventre a commencé à prendre de l'extension. Depuis de longues années ses règles sont abondantes et durent 7 à 8 jours ; depuis un an environ elles reviennent toutes les 3 semaines, sans augmenter cependant en quantité. Si les pertes de sang chez la malade l'inquiètent peu, en revanche les douleurs abdominales la tourmentent beaucoup et les

fonctions digestives sont très troublées. L'amaigrissement est considérable.

Nous l'opérons le 10 novembre. La désinsertion du vagin très long et très étroit nous donna quelques difficultés ; une assez forte perte de sang se produisit et céda au tamponnement. Nous eûmes assez de peine pour extraire la tumeur à travers l'incision abdominale prolongée très haut cependant ; en tirant sur le premier lobe qui s'est présenté à nous, nous avons failli l'arracher de son point d'implantation ; une hémorrhagie s'en suivit que nous eûmes quelque difficulté à enrayer ; les quatre autres lobes de la tumeur dont l'un plongeait dans l'excavation pelvienne nous donnèrent moins de difficultés. Enfin nous pûmes appliquer notre procédé opératoire et cette partie de l'opération ne dura que quelques minutes. A cause des complications qui sont survenues, l'opération dura une heure trois quarts. Pendant les huit premiers jours les suites opératoires furent normales ; le quatrième jour la malade buvait et mangeait comme toutes les convalescentes. Le huitième jour, la malade qui, antérieurement à son opération, avait présenté des phénomènes d'hystérie, manifestait du sub-delirium à tendances érotiques ; en même temps elle refusait les aliments, mais, quand on lui commandait énergiquement de s'alimenter, elle cédait à l'injonction. La face devint grippée, les pommettes injectées, le teint général subictérique, les lèvres et la langue sèches et saburrales ; dans l'ensemble le facies rappelait plus ou moins le facies typhique. La malade ne dormait pas et était en proie à une agitation continuelle, elle voulait à toutes forces se lever. La peau était sèche et une émaciation progressive et rapide se manifesta. Néanmoins pas d'élévation thermique, plutôt de l'hypothermie ; la température qui avait été de 36°8 à 37°3 tomba à 36°1. La malade à qui l'on fit prendre par persuasion quelques aliments, les rendit indigérés en des selles liquides peu copieuses d'ailleurs ; c'était de la véritable lienterie. Pas de taches rosées ni d'hypertrophie de la rate. Les pupilles étaient dilatées et fixes, l'ouïe dure. Le pouls était petit et fréquent. Ce qui prédominait dans l'ensemble des symptômes c'était la sécheresse des tissus. Bientôt la malade tombe dans le collapsus et, malgré l'emploi d'injections sous-cutanées répétées de sérum artificiel, elle succomba le 27, ayant des eschares au sacrum ; le décubitus n'avait cependant duré que 17 jours. Du côté de l'abdomen il ne s'était présenté rien de particulier : la plaie abdominale s'était fermée per primam et la malade n'avait manifesté aucune douleur de ce côté.

Le toucher vaginal nous avait indiqué que l'excavation pelvienne était vide et que la plaie du vagin était souple et nullement adhérente; les eschares, petites, avaient commencé à se détacher le 5e jour.

La tumeur composée de 5 gros lobes et d'une dizaine de lobules de toutes grosseurs disséminés un peu partout, pesait 11 kilog. 375 grammes.

Quelle peut être la cause de ce décès ? Nous n'hésitons pas à dire que cette question nous a laissé perplexe. L'hémorrhagie qui s'était présentée dans le cours de l'opération n'avait pas été excessive. Pas de fièvre, pas le moindre signe de septicémie. Il ne peut être question d'attacher l'accident au choc sans compter que cette influence du shock comme cause de décès post-opératoire est assez mal établie, à telles enseignes que d'aucuns considèrent que la mort avec refroidissement persistant au mieux progressif du patient avec état adynamique est imputable aux chloroformisations prolongées; il y a lieu de remarquer que ces phénomènes entraînent la mort au bout de quelques heures, 24 heures au maximum.

La malade ayant eu la plaie abdominale pansée au moyen de poudre d'iodoforme, nous nous sommes demandés si nous ne pouvions incriminer une intoxication par cette substance, et certes l'inappétence, la petitesse du pouls, sa fréquence, l'agitation et l'insomnie [1] autorisaient cette hypothèse. Mais la quantité d'iodoforme employée n'atteignait certes pas 50 centigrammes, et les auteurs estiment que les phénomènes d'intoxication ne se produisent guère qu'après des pansements utilisant plus de 10 grammes voire même 40,50 et 100 grammes. D'autre part le signe de Pouchet faisait défaut, une cuiller en argent introduite dans la bouche de la malade ne lui donnait nullement la sensation d'un goût alliacé. Nous croyons donc pouvoir éliminer cette hypothèse.

A quoi donc attribuer ces troubles qui ont entraîné la mort?

Martin, au Congrès de Rome, admet que le processus pathologique peut déterminer une « *adultération* » du sang avec diminution de l'hémoglobine et des modifications profondes de la musculature cardiaque.

Ces tumeurs ont peut-être une origine parasitaire qui produirait une sorte d'intoxication du sang. La nature parasitaire du cancer gagne tous les jours du terrain; pourquoi ne pourrions-nous émet-

[1] Manquat, vol. 1, p. 129.

tre l'hypothèse de la nature parasitaire des fibromyômes ? Et si cette hypothèse est admise, à quelque groupe d'êtres vivants qu'appartienne le parasite, n'est-il pas logique d'admettre qu'il y ait en même temps qu'élaboration de toxines par le parasite, élaboration d'antitoxines par l'organisme envahi et plus spécialement par l'organe malade ? Dans ces conditions le sang étant intoxiqué, le toxique étant plus abondant, plus stable que l'antitoxique, on pourrait admettre que, le siège de formation des deux substances étant enlevé, il arrive un moment où le principe toxique est en prédominance et entraîne la mort par intoxication.

Mais il est une autre hypothèse ; nous avons signalé cet état de sécheresse extrême des tissus, cet état dépendant peut-être d'une soustraction excessive de liquide ; par le fait de l'opération la masse du sang circulant a été considérablement réduite non seulement par le fait de l'hémorrhagie peu copieuse d'ailleurs, mais encore et surtout par l'excessive vascularisation de la tumeur qui était gorgée de sang, sang qui a été soustrait à la circulation par l'ablation de la tumeur. Cette sécheresse n'a-t-elle pu entraîner la désintégration des tissus, n'a-t-elle pu notamment déterminer une desquammation de l'épithélium intestinal, ouvrant ainsi la porte aux microbes de l'intestin, notamment aux colli-bacilles qui pourraient en raison des circonstances avoir acquis des propriétés pathogènes ? Il eut été intéressant de procéder à l'analyse bactériologique du sang de cette malade, malheureusement les circonstances ne s'y sont pas prêtées, l'autopsie a été refusée.

Les idées que nous émettons ne sont que très hypothétiques, mais ce que nous pouvons affirmer, vu la symptomatologie et surtout l'absence de fièvre, c'est que nous n'avons eu affaire ni à une fièvre typhoïde, ni à une septicémie.

Si d'autres peuvent nous apporter quelques éclaircissements sur la genèse de semblables phénomènes, nous leur serons reconnaissant de vouloir bien nous faire part de leur opinion.

M. Pozzi, à qui nous avons soumis le cas, croit qu'il s'est agi d'embolies capillaires multiples du cerveau suivie de la production de foyers de ramollissement. Nous nous rallions d'autant plus volontiers à cette manière de voir que nous avons pensé, dès le début des symptômes cérébraux, que la malade était atteinte d'encéphalite, sans cependant que nous puissions en découvrir la cause.

Observation III.

Madame A. P., âgée de 45 ans, nullipare, a été opérée il y a 9 ans par le docteur Requette, d'une tumeur du sein gauche, tumeur dont l'examen histologique n'a pas été fait, mais dont l'absence de récidive permet de croire qu'elle était constituée par un adémone pur et simple, la cicatrice est restée jusqu'ici solide sans rétraction gênante et sans apparence de récidive. — Cette personne, lors de cette opération, se plaignait déjà d'écoulement sanguin exagéré pendant les périodes mensuelles. Les hémorrhagies persistant, le docteur Requette l'examina et trouva exactement sur la ligne médiane une tumeur utérine indolore du volume d'une grosse orange. Les hémorrhagies cédèrent au repos. Il lui proposa alors une intervention chirurgicale qu'elle refusa d'une façon absolument catégorique. Pendant neuf années il continua à donner ses soins à la malade sans plus s'occuper de la tumeur utérine, la malade se gardant bien d'attirer son attention sur ce point.

Le 20 septembre 1895 la malade, encouragée par le succès d'opérations que nous avions faites à des personnes amies, nous fut amené par notre excellent confrère, qui, après avoir constaté le développement énorme de la tumeur, émettait des doutes très sérieux sur le résultat d'une opération. La tumeur dépassait l'ombilic et atteignait les hypocondres ; elle était dure, immobilisée et divisée en lobes parsemés de lobules. Le col était inaccessible au toucher vaginal et rendait le cauthérisme utérin impossible ; le vagin très allongé était accolé à la paroi postérieure du pubis ; la tumeur bombait dans le vagin en arrière et était facilement perçue par le toucher rectal, elle était arrondie comme une tête d'enfant et occupait une grande partie de l'excavation pelvienne. Malgré le volume de la tumeur la miction et la défécation étaient faciles. Les règles étaient régulières, mais abondantes et de longue durée ; en dehors de la période menstruelle la perte de sang était peu abondante. Les symptômes dominants chez cette malade étaient dus aux phénomènes de compression des viscères abdominaux et thoraciques. — La patiente présentait même un certain embonpoint et les attributs d'une santé parfaite.

Sur les instances de la malade notre confrère et nous décidons l'opération qu'elle avait en vain sollicitée auprès de plusieurs chirurgiens de la Belgique et de la Hollande ; le volume excessif de la

tumeur leur avait fait craindre une issue fatale. En Hollande un médecin avait employé l'électrolyse pendant plusieurs mois sans aucun résultat appréciable.

Une grippe accompagnée de toux opiniâtre qui lui survient dès son entrée dans notre Institut, nous force de surseoir à l'opération. Malgré la persistance d'une toux légère nous cédons aux sollicitations de la malade que nous opérons le 12 janvier 1896, assisté des docteurs Requette, Boulengier, De Rechter, Legros et Mamesse. — Après l'asepsie parfaite du vagin, nous plaçons des pinces tire-balles à la partie supérieure de ce conduit de façon à rendre le col utérin accessible. Devant l'inutilité de nos efforts nous nous décidons à intervenir par la voie abdominale seule. Après avoir incisé la paroi abdominale depuis le pubis jusqu'au-dessus de l'ombilic que nous laissons à droite de l'incision, nous attirons non sans difficulté la tumeur au dehors, à l'aide de fortes pinces à traction, nous plaçons sur les ligaments larges deux paires de longues pinces à forcipressure, de telle façon que le bec des pinces aboutisse un peu en dessous d'une ligne qui passerait par le sommet de la vessie et nous incisons à l'aide de ciseaux le ligament large entre les pinces ; la tumeur est immédiatement libérée et peut être facilement soulevée, elle se compose de quatre lobes dont l'un plongeait profondément dans l'excavation pelvienne. Après avoir renversé la tumeur sur le ventre, nous sectionnons le péritoine transversalement au-dessus de la vessie ; en le décollant nous libérons la vessie de ses adhérences à l'utérus jusqu'au vagin et nous en faisons autant en arrière en abaissant la tumeur sur les cuisses. La tumeur étant soulevée par un aide, nous apercevons aisément de chaque côté l'artère et les veines utérines qui sont énormes ; nous les sectionnons entre 2 paires de pinces fortes et courtes. Le ligament large est ainsi complètement séparé de la tumeur qui n'est plus retenue que par les attaches vaginales. L'extrémité supérieure du vagin a la grosseur du petit doigt ; pour la désinsérer de la tumeur nous introduisons une longue pince courbe jusqu'au fond de la cavité vaginale et, sur cette pince légèrement entr'ouverte, nous faisons une incision verticale par laquelle nous pouvons introduire des ciseaux qui nous permettent de sectionner circulairement le vagin sur les côtés et en arrière. La tumeur est enlevée ; le col utérin est complètement effacé et n'est représenté que par un petit orifice. Le vagin était tellement étroit que nous n'avions pu songer à appliquer, par notre procédé, les pinces qui doivent faire l'hémostase des artères

utérines. Après l'enlèvement de la tumeur et après avoir fait la ligature de la partie supérieure des ligaments larges, nous tentons de remplacer les pinces provisoires inférieures par des pinces placées par le vagin ; nous n'y parvenons que pour le côté gauche et sommes forcé de remplacer la pince par une ligature sur l'utérine droite ; après l'enlèvement de la pince la ligature glisse et le sang jaillit abondamment dans la cavité pelvienne ; l'artère utérine est immédiatement saisie dans une pince et liée isolément à l'aide d'une forte ligature à la soie. Une lanière de gaze iodoformée est placée jusqu'au bec de la pince et assure le drainage par le vagin. La pince est retirée après 48 heures, la gaze le quatrième jour. Les suites de l'opération furent des plus simples, la convalescence fut seulement contrariée par une récidive de grippe très intense qui nous donna plus d'inquiétudes que les suites opératoires. La tumeur pèse sept kilogs deux cent cinquante grammes.

Observation IV.

Madame B... de Bruxelles, âgée de 44 ans, souffre depuis de longues années de métrorrhagies abondantes et de douleurs dans les régions hypogastrique et lombaire s'irradiant dans les cuisses ; elle présente en outre une gêne considérable à la miction et à la défécation. Tous les moyens thérapeutiques employés n'ont donné aucun résultat. Appelé en consultation par notre excellent ami et confrère, le docteur Loin, nous constatons l'existence d'une tumeur dépassant l'ombilic, résistante et irrégulièrement arrondie ; les culs-de-sac vaginaux sont occupés par la tumeur ; le col volumineux est facilement accessible. Nous diagnostiquons un fibrome volumineux.

L'opération est pratiquée le 23 juin 1896 ; nous sommes assisté des docteurs Loin, Requette, Legros et Derechter. Après avoir désinséré le col, nous pratiquons la cœliotomie et nous constatons immédiatement que la tumeur est recouverte par une véritable voûte formée par l'épiploon, les intestins et la vessie, soudés intimément l'un à l'autre et à la tumeur. Nous eûmes assez de difficultés pour les séparer, non sans avoir déchiré l'intestin grêle au niveau d'un coude formé par lui et soudé au milieu d'un fouillis d'adhérences de consistance fibreuse ; nous le suturons par une double rangée de sutures de Lembert ; la déchirure, située dans le sens longitudinal, mesurait environ deux centimètres.

Lorsque la tumeur est libérée, nous constatons qu'elle est formée d'un fibro-myôme de l'utérus et d'un kyste du ligament large réunis intimément et ne paraissant former qu'un même corps. Nous les enlevons en même temps par notre procédé habituel. Malgré les complications les suites opératoires ont été normales, et la malade est sortie complètement guérie de notre Institut le 18 juillet.

L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Par M. **Doyen** (de Reims).

Depuis la publication de notre premier procédé d'hystérectomie abdominale par la laparotomie, en septembre 1892, à la première réunion de ce Congrès, où nous avons fait ressortir l'inanité de la méthode d'hémostase préventive et de morcellement de Péan, nous avons modifié notre manuel opératoire et exécuté l'isolement de l'utérus non plus de haut en bas, par décortication sous-péritonéale progressive mais, de bas en haut dans la position de Trendeleubourg.

La tumeur extraite de l'abdomen grâce à un crochet spécial ou à l'aide de la pince et de l'élévateur de Reverdin, pour les très grosses tumeurs, nous perforons le cul-de-sac postérieur du vagin à l'aide d'une pince courbe. La boutonnière agrandie, le col est saisi à l'aide de la pince érigne spéciale que nous présentons au Congrès, et qui peut recevoir en chirurgie les plus multiples applications. Nous libérons de deux coups de ciseaux les attaches latérales du col, qui s'élève de quelques centimètres. La lèvre antérieure, si elle n'était pas accessible antérieurement, est saisie à son tour, la muqueuse du cul-de-sac antérieur du vagin sectionnée, et le col, attiré en haut, se détache en un instant de la vessie, de bas en haut, et sans danger de lésion des uretères.

L'index gauche est introduit de l'abdomen vers le pubis, sous le ligament large du côté droit, isole de l'utérus l'arcade artérielle utéro-ovarienne, et le ligament est sectionné entre l'ovaire et l'utérus. La tumeur rapidement attirée vers la gauche, du côté de l'opérateur, s'isole en se déroulant en quelque sorte de son enveloppe séreuse et le ligament large de gauche est à son tour sectionné.

Quelques collègues, qui nous ont vu opérer, suivent exactement notre procédé, mais préfèrent pratiquer l'hémostase préventive des ligaments larges.

C'est ainsi qu'ont récemment opéré Nélaton et Reclus.

Cette modification de notre procédé est absolument inutile, et, comme nous en avons fait bien souvent la démonstration, c'est à peine s'il est nécessaire, au moment de la section des ligaments larges, tout près de l'utérus, de les saisir entre les doigts.

La tumeur enlevée, nous laissons libre le champ opératoire, afin de bien démontrer aux assistants que c'est à peine s'il en jaillit trois ou quatre jets de sang insignifiants.

Nous faisons l'hémostase à ciel ouvert comme dans une simple amputation de sein. Quatre ligatures suffisent d'habitude, y compris la ligature des pédicules tubo-ovariens, qui sont attirés, après résection des annexes, dans le vagin.

La tranche péritonéo-vaginale, qui parfois saigne un peu, est réduite à une simple lèvre par une suture en surjet et le péritoine fermé par une double suture en bourse.

Existe-t-il des adhérences multiples, des fibromes sous-péritonéaux ou ligamentaires, rendant inaccessible le cul-de-sac postérieur du vagin, nous les énucléons rapidement après avoir incisé le péritoine au-dessus d'eux, jusqu'à ce que nous puissions perforer le cul-de-sac de Douglas.

Notre opération convient à tous les cas et nous a donnés, sauf une mort extra-opératoire chez une femme de 62 ans, cardiaque, et opérée pour des accidents aigus de compression, qui succomba à une pneumonie cachectique, 34 guérisons sur 34 opérations presque toutes graves, au-dessous de 60 ans. Notre premier procédé, publié en 1892, où nous pratiquions la forcipressure vaginale des ligaments larges suivie du tamponnement, nous avait donné pour 26 cas, 3 décès opératoires.

Notre procédé actuel est non seulement le plus simple et le plus rapide des procédés connus, mais aussi le plus sûr, car il a donné jusqu'ici, entre les mains de divers chirurgiens, les résultats les plus satisfaisants qui soient connus pour l'hystérectomie abdominale dans les cas de tumeurs utérines volumineuses, soit 147 cas avec 7 décès, ou 4,7 pour cent.

De ces 7 décès, 1, pour ce qui nous concerne, devrait être retranché de ce chiffre, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Depuis que nous prenons soin de lier, au lieu de les pincer,

les pédicules tubo-ovariens et de les attirer dans le vagin, pour fermer au-dessus par un double surjet ou une double ligature en bourse le péritoine pelvien, nous n'avons donc pas eu un seul accident opératoire.

La cavité péritonéale est même plus nette qu'après l'ovariotomie, car elle ne renferme aucun pédicule, ceux-ci se trouvant dans le vagin. Il est donc aisé de l'aseptiser complètement.

Voici le détail de cette statistique :

Snéguireff, de Moscou	82 cas	4 m.
Doyen	35 »	1 »
(1 mort à l'âge de 62 ans par broncho-pneumonie, sans lésions péritonéales).		
Fargas, de Barcelone	13 »	1 »
Goubaroff, de Dorpat	8 »	0 »
Bordallo, de Lisbonne	7 »	1 »
Taylor, de Birmingham	1 »	0 »
Nélaton et Reclus, de Paris	1 »	0 »
	147 cas	7 morts

Soit 4,7 %.

Snéguireff et Goubaroff ont, comme Nélaton et Reclus, tout en suivant les principes généraux de notre méthode, apporté quelques modifications de détails.

Snéguireff, dont l'immense pratique a pu lui permettre de faire, depuis mars 1894, le nombre considérable de 97 hystérectomies abdominales totales, car il opère par ce procédé outre les fibrômes, des cas de cancer et de salpingites suppurées (15 cas avec 2 morts), nous écrivait avant-hier qu'il n'avait pu rencontrer un seul cas de tumeur utérine, si compliquée qu'elle fût, qu'on ne puisse extirper avec succès par ce procédé.

Si notre chiffre personnel d'opérations paraît relativement faible, il n'y faut voir que l'effet de notre prédilection pour l'hystérectomie vaginale toutes les fois qu'elle est possible.

Nous ajouterons enfin que les quelques modifications apportées par Snéguireff, Goubaroff, Nélaton, Reclus et quelques chirurgiens à notre procédé personnel seront abandonnées par leurs auteurs même, dès qu'ils auront pu s'affranchir de la crainte du sang, et se persuader, en osant un peu plus, que moins on redoute l'hémorrhagie et plus on opère vite, moins on s'expose à perdre de sang.

Fargas, de Barcelone, qui met en pratique notre méthode in-

tégrale, et professe, comme nous, un juste mépris pour ces artérioles utérines qui ont tant effrayé Péan et beaucoup d'autres chirurgiens, bien que leur volume soit réellement inférieur à celui de l'artère radiale, est dans le vrai. Son exemple, déjà suivi par beaucoup de collègues, contribuera, en faisant connaître l'inanité de l'hémostase préventive, à remettre en honneur le *cito, tuto et jucunde* de nos anciens maîtres, trop longtemps délaissé par des méthodes d'hésitation et de tâtonnement.

VOLUMINEUSE TUMEUR KYSTIQUE PROLIFÉRANTE DE L'OVAIRE, AVEC GÉNÉRALISATION PARIÉTALE ÉPIPLOOIQUE ET PÉRITONÉALE LAPAROTOMIE. — ABLATION. — SURVIE DEPUIS CINQ MOIS

Par M. le docteur **Dumont-Leloir** (de Tourçoing).

Une femme de 60 ans, dont la circonférence au niveau de l'ombilic, mesurait 1 mètre 44 cent. présentait une tumeur proliférante kystique considérable (7 kilog.) de l'ovaire. Quand la tumeur fut enlevée on constata une généralisation telle (péritoine, épiploon, paroi abdominale, ombilic) que l'on porta un pronostic des plus sombres. L'examen histologique permit de reconnaître une néoplasie épithéliale aboutissant à la production de kystes très nombreux, remplis d'amas épithéliaux atypiques; par leurs caractères microscopiques ces cellules épithéliales rappelaient les néoplasies épithéliales malignes.

Or contre toute attente la malade opérée le 3 mai 1896, non seulement se remit admirablement de son opération, mais elle se trouve depuis lors dans un état de santé excellent, les forces reviennent; les masses épiploïques ne sont plus perceptibles à la palpation, et tout fait espérer une survie importante, sinon une guérison complète.

DEUX CAS DE KYSTES CONGÉNITAUX DE LA PAROI ANTÉRIEURE DU VAGIN

Par M. le Dr **H. Brodier** (de Paris).

Je rapporte ici 2 cas intéressants en raison d'abord de la nature de l'affection, ensuite de l'identité d'évolution de la lésion.

1er cas. — Femme bien constituée, réglée à 13 ans, sans passé pathologique génital, accouche à 29 ans d'un garçon très bien conformé. Quelques semaines après, difficulté d'introduction de la canule dans le vagin : un médecin consulté porte le diagnostic de cystocèle. La tumeur augmente et des douleurs surviennent, la malade les attribue à une inflammation vésicale.

6 mois après l'accouchement j'examine cette femme : saillie extra-vulvaire de la muqueuse vaginale antérieure ; au toucher vaginal tumeur longitudinale, très bombée, fluctuante, remontant jusqu'au niveau du cul-de-sac antérieur : je sonde la malade, la tumeur ne diminue pas. Je porte le diagnostic de *kyste congénital de la paroi antérieure du vagin*. La malade refuse l'opération que je lui propose, l'extirpation.

J'incise la poche dans la partie la plus déclive, il s'échappe un liquide épais et filant ; l'examen histologique a montré que ce liquide était formé presque exclusivement par de la *mucine*. Les injections de substances irritantes, acide phénique fort, teinture d'iode, éther iodoformé, voire acide acétique n'empêchent pas la poche de sécréter continuellement et de rester fistuleuse.

7 mois après mon incision, je débride davantage la poche pour y introduire le doigt, je trouve un *petit kyste* situé à 2 centimètres de la vulve et accolé à la paroi antérieure du grand kyste, ce petit kyste du volume d'une cerise est translucide, je l'extirpe par dissection et je ferme par 3 points de suture. Quelques jours après la guérison était totale et elle s'est maintenue depuis 18 mois. Le petit kyste était analogue au grand.

2e cas. — Femme de 65 ans. Accouchement il y a 18 ans ; à la suite de son accouchement saillie vaginale antérieure extravulvaire : on porte également le diagnostic de cystocèle et la malade est soi-

gnée pour une urétrite en raison des douleurs qu'elle accuse du côté de la vessie. Je l'examinai il y a 6 mois et je diagnostique un kyste de la paroi vaginale antérieure remontant jusqu'au cul-de-sac. Mais chez cette malade contrairement à ce qu'on observe chez la première, les parois de la tumeur sont flasques, le liquide s'est en partie résorbé; ici la paroi est encore très épaisse comme dans le premier cas.

Cette femme névropathe présentait des dépressions vulvaires dont quelques-unes étaient profondes de 1 centimètre. L'orifice de ces dépressions était irrité et rouge. Un traitement approprié de la région vulvaire a fait cesser le spasme vaginal existant et les douleurs qu'elle accusait. La malade refuse l'extirpation du kyste dont elle ne souffre plus en ce moment.

De ces deux faits je tirerai les remarques suivantes :

I. Ces deux variétés de kystes appartiennent aux kystes congénitaux en raison de leurs rapports intimes avec l'urèthre, de leur contenu et de leurs grandes dimensions longitudinales puisqu'ils remontaient jusqu'au niveau du cul-de-sac antérieur.

II. Un examen trop rapide peut faire croire à une cystocèle surtout quand la paroi du kyste est épaisse et flasque comme dans le second cas.

III. Ces kystes ne se sont révélés qu'après l'accouchement, et par des douleurs vaginales antérieures qui ont pu faire croire à de l'uréthrite.

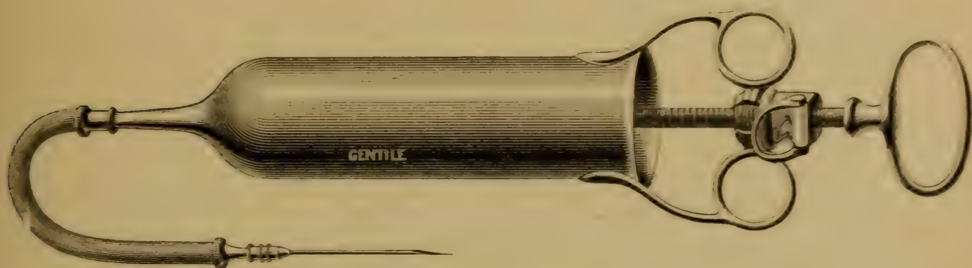
Bien que la première malade ait guéri sans intervention radicale puisque je n'ai enlevé que le tout petit kyste inclus dans le grand, je crois que l'extirpation est le procédé de choix.

UNE NOUVELLE SERINGUE A SÉROTHÉRAPIE

De M. le docteur **Olivier** (de Paris).

Messieurs, depuis quelque temps l'usage se répand de chercher à remonter les malades qui ont éprouvé des hémorrhagies au moyen d'injections de sérum artificiel. Divers instruments ou appareils sont employés pour faire ces injections; ils diffèrent selon que l'opérateur veut faire une injection intra-veineuse ou une injection dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'injection intra-veineuse est tout particuliè-

rement indiquée, ainsi que l'a très bien montré le Dr Maygrier tout récemment, dans les cas d'hémorrhagies très abondantes qui menacent à bref délai la vie de la femme.



L'injection dans le tissu cellulaire peut être pratiquée dans les cas où l'hémorrhagie quoique ayant été abondante ne menace pas immédiatement la vie de la femme, mais la laisse dans un état de faiblesse plus ou moins grand avec tendance à la syncope. Dans ces cas, il suffit généralement d'une ou de deux injections de 200 grammes de sérum de Hayem pour remonter la femme. C'est à l'injection dans le tissu cellulaire que se réfère l'instrument que j'ai l'honneur de vous présenter. Dans la plupart des services hospitaliers de Paris, on se sert pour faire ces injections de la seringue de Roux stérilisée à l'autoclave. Or, tous ceux qui se sont servis de cette seringue ont bien vite remarqué que le refoulement du piston exigeait un effort considérable et pénible ; en second lieu, que presque toujours, par suite de la résistance, il se produit des fuites au niveau des joints ; enfin elle n'est pas stérilisable par tous les procédés. J'ai cherché à porter remède à ces inconvénients et je crois y être arrivé.

La nouvelle seringue que je vous présente se compose de deux parties : le corps de pompe et la tige qui supporte le piston, toutes deux en laiton argenté. Le corps de pompe, d'une seule pièce, entièrement métallique, a une contenance de 200 grammes ; il est parfaitement lisse en dedans comme en dehors, sans aucun angle ni saillie. Il se termine par un bec conique sur lequel vient se fixer à frottement l'intermédiaire qui porte l'aiguille. L'extrémité manuelle du corps de pompe est largement ouverte, le couvercle ou obturateur des seringues ordinaires ayant été supprimé ; elle est légèrement évasée pour faciliter l'introduction du piston. Deux arcs, soudés en deux points diamétralement opposés de cette extrémité, se transfor-

ment en deux anneaux qui sont réunis par une bague centrale. Cette bague, ouverte sur un des côtés, est destinée à assurer le guidage de la tige du piston.

La tige du piston se termine à une de ses extrémités par un anneau ovale, et à l'autre par deux disques, dont un à vis, destinés à enserrer le piston proprement dit, lequel est en caoutchouc minéralisé noir.

La tige glisse librement dans une virole mobile qui se visse sur la bague ouverte décrite plus haut et rend solidaires les deux parties de l'instrument. Cette tige est filetée sur toute sa longueur.

La virole mobile porte à sa partie supérieure un écrou brisé pouvant embrasser la tige du piston. Cet écrou brisé est formé de deux pièces en bronze, mobiles suivant un plan perpendiculaire à l'axe de l'instrument, et placées dans deux fenêtres rectangulaires d'où elles peuvent s'échapper.

Les faces internes de ces pièces portent une vis dont le pas est le même que celui de la tige du piston. Les deux moitiés d'écrou sont maintenues écartées par un ressort d'acier doré ; mais par le jeu d'un excentrique dont le mouvement est sous la dépendance de la main qui manœuvre la seringue, elles peuvent venir mordre sur la tige du piston, qui, dès lors, ne pourra plus avancer que par mouvement tournant. La tige du piston porte trois petits traits la divisant à quatre divisions correspondant chacune à 50 grammes de liquide.

Mode d'emploi. — Le remplissage de la seringue se fait de la façon suivante : Le sérum de Hayem étant généralement contenu dans un ballon à col étroit, afin d'éviter un transvasement toujours dangereux pour un liquide stérilisé, on commence par fixer sur la seringue l'intermédiaire muni de son aiguille et c'est cette aiguille préalablement stérilisée en même temps que la seringue que l'on introduit dans le ballon. Cette aiguille, ayant un calibre assez fort, le liquide passe facilement et il suffit de prendre la précaution de tirer lentement sur le piston pour voir la seringue se remplir. La seringue plaine, l'opérateur abaisse l'excentrique et la confie à un aide; puis il saisit l'aiguille de la main droite et ordonne à l'aide de faire tourner l'anneau de la tige du piston de gauche à droite jusqu'à ce qu'une goutte de liquide perle à la pointe de l'aiguille ; il l'enfonce alors profondément dans les tissus. Il est bien entendu qu'on a fait préalablement une antisepsie sérieuse de la région dans laquelle on veut faire l'injection. L'aiguille enfoncée, l'aide tourne lentement l'anneau du piston et chasse le liquide doucement et ré-

gulièrement, sans saccades dans le tissu cellulaire. L'injection terminée, l'opérateur retire l'aiguille, maintient un instant le doigt sur la piqûre et la ferme avec un peu de coton stérilisé et de collodion.

Avantages de la seringue. — 1° Etant entièrement métallique, tous les moyens de stérilisation peuvent être employés et notamment le plus simple de tous, l'ébullition. Le piston n'est pas altéré par la stérilisation; il peut être facilement remplacé par le médecin lui-même.

2° Le corps de pompe étant d'une seule pièce, il n'y a pas de fuite possible.

3° Grâce à l'écrou brisé, l'injection se fait avec une régularité parfaite et n'exige aucune force.

4° Enfin les dimensions de l'instrument contenu dans une boite métallique permettent de l'avoir dans sa trousse, ce qui est important car on est souvent surpris par les hémorrhagies.

Cette seringue a été construite sur mes indications par M. Gentile, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris, et je dois ajouter que, pour la forme générale de l'instrument et sa construction en métal, je me suis inspiré de la seringue à injections vésicales de mon confrère le Dr Janet, seringue due au même fabricant.

SÉANCE DU VENDREDI 4 SEPTEMBRE 1896

APRÈS-MIDI

Présidence de M. le professeur **ENGSTRÖM.**

» » » **MANGIAGALLI.**

SUITE DES COMMUNICATIONS INDIVIDUELLES

DES DANGERS D'UNE CONCEPTION TROP RAPPROCHÉE D'UNE OVARIOTOMIE

Par M. le professeur **Laroyenne** (de Lyon).

Nous voulons appeler l'attention sur un accident qui est susceptible de se produire par le fait d'une grossesse suivant de trop près une ablation de kyste de l'ovaire. Il s'agit d'une hémorrhagie intra-abdominale produite par le développement de l'utérus gravide qui a fait céder le ligament large au niveau du pédicule et a déterminé l'ouverture des artères comprises dans la ligature.

Une jeune femme du département de Saône-et-Loire, nullipare, âgée de 21 ans, entre à la Charité de Lyon pour être opérée d'un volumineux kyste de l'ovaire. L'intervention n'offrit rien de particulier, le pédicule était volumineux et court ; il fut lié à l'ordinaire au fil de soie par transfixion avec deux anses enchaînées l'une à l'autre. L'opérée s'en retourna dans un état satisfaisant. Les règles apparurent un mois après l'intervention et firent défaut le second et le troisième mois après cette dernière.

Trois mois après l'opération, en pleine santé, la malade était prise chez elle de douleurs subites dans l'abdomen qui, en même temps, se développait. Des vomissements et de l'anxiété respiratoire apparaissaient et cet état se prolongea pendant cinq jours au bout desquels elle fit à grand peine le voyage de Lyon pour rentrer à la Charité. La situation désespérée, dans laquelle elle se trouvait, interdisait alors toute intervention. Nous pensions bien être en présence d'une hémorrhagie interne sans en connaître la source. Cependant la suppression des règles ayant coïncidé, au dire de la patiente, avec un gonflement des seins et des phénomènes nauséeux pouvait faire prévoir la grossesse. Elle mourut le jour même de son arrivée.

L'autopsie montra la cavité péritonéale remplie de caillots sanguins et dans l'utérus un embryon de deux mois environ. L'utérus, volumineux comme il l'est normalement à cette époque de sa ges-

tation, était en contact par son bord gauche avec une plaie du ligament large au niveau du pédicule du kyste. En ce point la ligature était flottante et l'ouverture de deux artères apparaissait béante. C'était bien elles qui avaient fourni le sang : En effet il n'existait nulle part ailleurs rien d'anormal. La situation de l'utérus en rapport avec le siège de l'hémorrhagie montrait son développement gravidique comme étant la cause de tous ces accidents. C'était bien lui qui avait déplissé le ligament large et le pédicule et refoulé son lien constricteur.

Cette observation met donc en évidence les dangers d'une grossesse survenant trop hâtivement après une ovariotomie. Elle indique de plus que dans le cas où l'on pourrait intervenir dans le cours de pareils accidents, c'est vers le pédicule du kyste opéré qu'il faut directement guider ses recherches pour tarir l'hémorrhagie. Nous ne croyons pas d'ailleurs avoir rapporté un fait absolument exceptionnel et quelques hématocèles foudroyantes ou non ont bien pu succéder à une grossesse — non pas tubaire — mais utérine, survenant dans ces conditions et par le mécanisme que nous venons d'indiquer. Mais dans les faits de cet ordre — rares sans doute — le diagnostic rétrospectif de la cause a dû facilement être méconnu.

SUR L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUË CONSÉCUTIVE A L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Par M. le Prof. **E. Gutierrez** (de Madrid).

Après une quarantaine d'hystérectomies vaginales, nous n'avions observé aucun cas d'occlusion intestinale jusqu'au mois de mai 1893, époque à laquelle nous pratiquâmes l'hystérectomie chez une malade atteinte de fibromes, dans notre service de l'hôpital de la Princesse, à Madrid. Cette malade, qui présenta des symptômes d'une pseudo-occlusion pendant les premiers jours après l'opération, succomba au vingt-cinquième jour épuisée par une fistule entéro-vaginale que nous ne pûmes parvenir à fermer, malgré les différentes sutures faites dans ce but.

Cette fistule, ainsi que les symptômes d'occlusion étaient dus à l'adhérence d'une anse d'intestin grêle fortement coudée et au spha-

cèle consécutif. Depuis que M. Quénu a publié dans les *Archives de Tocologie* en 1894, son travail sur l'occlusion intestinale chez les laparotomisées, faisant à la fin l'histoire d'un cas d'hystérectomie vaginale suivie d'occlusion, le seul qu'enregistrait la littérature médicale d'après ce professeur, nous avons observé trois autres cas du même genre, dont le premier, suivi de laparotomie, nous a fait connaitre le mécanisme de cette redoutable complication.

Observation I.

Femme C. G., âgée de 35 ans, veuve, est entrée à l'hôpital de la Princesse le 3 janvier 1895. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Réglée à 12 ans, elle l'a toujours été régulièrement jusqu'au mois d'août dernier.

A ce moment elle eut une métrorrhagie et depuis lors elle perd toujours, ce qui l'oblige à réclamer nos soins. Elle a eu huit accouchements et deux fausses couches. Le dernier accouchement il y a 28 mois.

A notre examen nous constatons un cancer du col à forme végétante, en apparence limité; l'utérus est assez mobile; les ligaments larges sont souples, excepté à la base du ligament large droit où l'on constate quelque épaississement.

Ayant décidé l'hystérectomie, la malade est préparée comme d'habitude. Grand bain l'avant-veille, purgatif et abondante irrigation rectale la veille, désinfection vulvo-vaginale que nous faisions depuis quelques jours avec le sublimé et les tampons de gaze iodoformée.

Le 7 janvier, jour de l'opération, on fait le matin une abondante irrigation intestinale avec de l'eau boriquée tiède.

L'opération a été faite par M. Abascal, mon premier assistant, en faisant basculer l'utérus en avant pour placer les pinces de Doyen à ciel ouvert. On a retiré les pinces 48 heures après sans rien noter d'autre que la persistance des vomissements.

On ordonne un lavement de camomilles avec de la glycérine en même temps qu'on administrait un laxatif; l'un et l'autre sont rejetés. Les vomissements bilieux persistent et prennent au cinquième jour un caractère fécaloïde, le ventre se ballonne, mais il est peu sensible. Nouvelle irrigation intestinale suivie de massage : on introduit deux doigts dans le vagin et on les promène doucement autour de la collerette vaginale pour détruire les adhérences. La situation

reste la même au sixième jour, malgré l'expulsion d'une petite quantité de gaz provenant de l'extrémité du colon; l'irrigation intestinale est rejetée avec quelques particules de matières fécales. Le ventre est un peu plus sensible et ballonné, surtout dans son milieu où l'on remarque le plastron formé par les intestins grêles dilatés. La malade a le facies grippé, le pouls devient mince et fréquent, la température reste à 37°5, les vomissements ont un caractère franchement fécaloïde et alors nous décidons de faire la laparotomie. Une incision est faite du pubis à l'ombilic et la paroi du ventre est ouverte couche par couche; nous rejetons en haut le mésentère et on peut voir les anses énormément dilatées de l'intestin grêle qui font hernie à travers la plaie abdominale. Après avoir refoulé en haut le plus possible les intestins, nous trouvons au fond de l'excavation trois anses fortement coudées et adhérentes au pourtour de l'ouverture vagino-péritonéale, qu'il nous a été difficile de détacher et qui présentaient dans la surface adhérente des plaques légèrement gangréneuses, sans doute par le contact des tissus sphacélés des ligaments larges.

Après avoir gratté superficiellement ces surfaces, que nous touchons avec la solution légère de chlorure de zinc, nous fîmes un abondant lavage à l'eau stérilisée des intestins et de la cavité péritonéale, suivi d'un badigeonnage des mêmes à l'huile d'olives stérilisée, mettant ensuite les intestins doucement dans la situation convenable, une fois évacués, et suturant la plaie abdominale.

La malade n'a pu supporter l'opération malgré les stimulants et les injections de sérum artificiel et elle a succombé huit heures après la laparotomie.

Observation II.

Femme N. A., âgée de 38 ans, mariée, est entrée dans la maison de santé le 21 avril 1895. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Réglée à 15 ans, elle a eu des métrorrhagies depuis le mois de décembre dernier. Cinq accouchements. A l'examen on trouve un cancer du col de l'utérus.

Hystérectomie vaginale le 24 avril; procédé Doyen. J'emploie cinq minutes pour l'extirpation de l'utérus; onze minutes en tout. On enlève les pinces le 26, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération. La malade a eu des douleurs intenses pendant tout ce temps. Elle commence à vomir. On ordonne des lavements et un

purgatif, parce qu'elle n'a eu aucune évacution de gaz, mais on n'obtient aucun résultat.

Le 27, nouveau pansement; on ne peut apprécier la moindre adhérence des anses intestinales à la collerette vagino-péritonéale. Le ballonnement du ventre, qui était déjà considérable, augmente; les vomissements persistent.

On fait le massage, on applique des courants électriques, on administre un laxatif. Tout est inutile. Le pouls devient fréquent et filiforme, les vomissements sont fécaloïdes et la malade meurt le 28, sans avoir eu de fièvre.

Observation III.

Femme J. S., 42 ans, mariée. Réglée à 14 ans, toujours abondamment. Trois accouchements. Métrorrhagies depuis un an. Cancer du col, à forme végétante.

Hystérectomie vaginale le 5 juin 1895; procédé Doyen. On enlève les pinces le 7, quarante-huit heures après. Pendant ce temps, l'opérée a ressenti de vives douleurs et vomit toujours. J'ordonne un lavement de glycérine et 24 grammes de citrate de magnésie que la malade rejette. Dès la séparation des pinces, les douleurs ont disparu. La malade a des bruits dans l'intestin, mais elle n'a pas d'évacuations. Le 8, nouveau laxatif sans résultats.

On fait le pansement et on détache avec deux doigts quelques anses qui adhéraient à la collerette vaginale. A la suite, massage, irrigations rectales, courants électriques : tout échoue. Le pouls devient petit et fréquent, la malade, qui n'a pas de fièvre, vomit des matières fécaloïdes et elle succombe le matin du quatrième jour.

Ces cas qui assombrissent notre statistique de 75 hystérectomies n'ont pas une explication satisfaisante, puisque nous avons toujours opéré en nous entourant des mêmes précautions, bien que le procédé opératoire eût été quelquefois modifié; mais il faut y penser, puisque ce nombre d'accidents survenus dans une courte période de trois ans et quand on ne le voit presque pas signalé chez les auteurs, mérite bien d'appeler notre attention.

D'abord, nous avons toujours eu le soin de ne pas blesser l'intestin avec les pinces et de mettre dans le conduit vaginal un tam-

pon de gaze iodoformée, de manière à former un véritable bouchon dans la même ouverture péritonéo-vaginale, ayant pour but d'empêcher les intestins de faire hernie dans le vagin. Avec le procédé de Doyen on est sûr de ne rien prendre dans les pinces d'autre que les ligaments larges ; et c'est surtout quand nous avons employé ce procédé que l'accident est survenu.

Est-ce qu'en faisant basculer l'utérus, le vide qu'on produit dans l'excavation pelvienne favorise l'entéroptose et le coudoiement des intestins, cause première et initiale de l'occlusion ?

Cette explication ne paraît pas satisfaisante, quand on ne voit pas se produire un pareil accident dans les hystérectomies par fibromes volumineux dont nous avons opéré plusieurs cas par le vagin.

Mais, à la suite de l'hystérectomie, on observe toujours un commencement de parésie intestinale, et alors celle-ci pourra être favorisée par l'excitation déterminée sur les ganglions semilunaires au moyen de la torsion des ligaments larges, si l'on emploie le procédé Doyen ?

C'est un fait que nous avons constaté dans tous les cas, que les douleurs que ressentent les malades opérées par ce procédé sont plus intenses que quand on place les pinces directement sans faire basculer l'utérus, douleurs qu'on observe à peine quand on fait des ligatures au lieu d'employer la forcipressure; les vomissements dans quelques cas sont persistants et prédisposent à l'engagement des intestins dans l'excavation.

Quoiqu'il en soit, — disposition spéciale des malades à l'entéroptose, parésie spasmodique par excitation des centres ganglionnaires à cause de la pression des pinces, déplacement rapide des intestins dans le vide représenté par l'extraction de l'utérus basculé, surtout quand on force la flexion des cuisses avec l'appareil de Stille ou de Sänger, compression exagérée du rectum avec les pinces et la gaze iodoformée, etc., — l'occlusion ne laisse de se produire quelquefois après l'hystérectomie vaginale, par le mécanisme que nous avons démontré chez notre première malade laparotomisée sept jours après l'extirpation de l'utérus, c'est-à-dire par coudure des anses intestinales, qui se prononce d'autant plus que la parésie continue, puisqu'alors les deux bouts de l'anse, en se dilatant d'une manière progressive, augmentent l'occlusion.

Pour empêcher l'adhérence des surfaces cruentées à celle de l'intestin, qui peut être le siège de quelque érosion produite par le contact des pinces, nous faisons toujours la suture du péritoine à

la paroi vaginale dans le but de faciliter le glissement des anses qui tombent dans l'excavation pelvienne ; malgré tout, l'accident est survenu.

Que peut-on faire pour l'éviter ?

Avant l'opération il faut débarrasser complètement tout le canal digestif avec des purgatifs répétés et des irrigations boriquées tièdes. Pour faire l'hystérectomie on doit placer la malade dans la position ordinaire, dite gynécologique, sans exagérer la flexion des cuisses, en ayant soin d'appliquer les pinces — dont la pointe doit être parfaitement mousse — directement sur les ligaments larges, sans tordre ceux-ci.

Il serait préférable de faire des ligatures au lieu d'employer les pinces. Celles de M. Doyen ont l'inconvénient de se casser quelquefois par défaut de résistance à la pression continue ; cette contrariété nous est arrivée deux fois.

On doit faire la suture péritonéo-vaginale pour favoriser le glissement des intestins sur une surface lisse. Le tampon de gaze iodoformée qu'on emploie pour obturer l'ouverture du canal vagino-pelvien doit être suffisamment lâche pour permettre l'écoulement des liquides et ne pas comprimer le rectum.

Dès qu'on enlève les pinces, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'hystérectomie. on doit faciliter l'évacuation des intestins à l'aide de légers purgatifs et des lavements; si ces moyens restent impuissants, on peut mettre en œuvre celui conseillé par M. Quénu, introduire deux doigts dans le vagin et les promener au pourtour de la collerette vagino-pelvienne pour détacher les adhérences, — si elles existent — répétant ensuite le laxatif et les irrigations intestinales avec une sonde rectale très longue, le massage, etc.

Quand tous ces moyens, employés pendant 24 heures ont échoué, il ne reste d'autre chose à faire qu'à ouvrir le ventre, opération qui ne donne pas toujours les résultats que nous en attendons.

M. **Jacobs**. — La communication de M. Gutierrez a une importance capitale.

L'obstruction intestinale apparait après l'hystérectomie vaginale, à la suite de plusieurs causes : la principale, non citée par M. Gutierrez, est la septicémie ; elle en constitue un des premiers symptômes. Le choc opératoire est un mot qui doit disparaitre de nos vocabulaires chirurgicaux ; ce n'est qu'un mot qui n'a pour but que de cacher notre ignorance. En second lieu, nous voyons l'obstruction

survenir à la suite des adhérences occasionnées par l'exécution de certains détails de technique opératoire. Parmi eux, le principal est l'emploi de tampons de gaze ou d'éponges — plusieurs au fond du vagin et même dans le pelvis, placés là dans le but de s'opposer à la ptose de la masse intestinale — ils sont d'autant plus volumineux que l'utérus est plus gros, le vagin plus large. C'est afin de ne plus devoir recourir à ces tampons vagino-pelviens que j'emploie actuellement la technique opératoire que je vous ai exposé hier. Je referme, sitôt l'opération terminée, la voûte vaginale au moyen d'un point de suture qui passe à travers la muqueuse vaginale antérieure, le péritoine du cul-de-sac antérieur, le péritoine du cul-de-sac postérieur et la muqueuse du cul-de-sac postérieur. Lorsqu'on serre cette suture, la voûte vaginale se reforme et il n'y a plus aucun danger de voir se produire des adhérences intestinales, l'intestin étant séparé du vagin par une barrière naturelle.

Comme je vous l'ai exposé, j'enlève les pinces qui m'ont servi à faire l'hystérectomie; si j'ai un épanchement du pus dans le pelvis, les ligatures latérales, attirées légèrement dans le vagin, suffisent largement au drainage. S'il n'y a pas épanchement purulent, je coupe les ligatures très court, je les lâche dans le pelvis et je place 3 à 4 sutures vaginales, comme je vous l'ai exposé, pour la suture médiane. Depuis 8 mois que je suis cette technique, jamais je n'ai vu l'apparence de la moindre complication intestinale post-opératoire.

M. **Paul Reynier** (de Paris.) — On vient de soulever une question très importante en parlant de ces occlusions intestinales, consécutives à l'hystérectomie, et qui sont peut-être plus fréquentes à la suite de cette opération qu'à la suite des laparotomies, soit dit en passant. Je dirai qu'elles me paraissent plus à craindre dans les cas de lésions relativement légères que dans les cas graves de suppurations.

Je suis de l'avis de M. Jacobs, quand il pense que ces occlusions sont le plus souvent dues à des phénomènes septicémiques.

Toutefois je voudrais ajouter ici un nouvel élément, dont on n'a pas parlé jusqu'à présent, je veux parler de l'état nervosique de certaines malades les prédisposant plus à faire de la parésie intestinale, comme elles font de la parésie vésicale. Comme preuve je vous citerai l'observation suivante. Il s'agissait d'une jeune femme très nerveuse, qui me fit 15 jours après son opération des phénomènes de parésie intestinale, avec état nervosique tout spécial, qui me permit de

faire le diagnostic, et de la traiter en conséquence. Je fis disparaître cette parésie avec du sirop d'éther, de la teinture de valériane, des grands lavements de camomille, additionnés d'alcool camphré. Elle fut reprise à trois périodes différentes de ces phénomènes d'obstruction, et finalement avant de quitter mon service, eut des attaques d'hystérie qui confirmèrent ma manière de voir.

Comme M. Jacobs, je crois qu'il est mauvais de bourrer la cavité abdominale de gaze iodoformée, à moins d'hémorrhagie.

Cette gaze peut prendre des adhérences avec l'intestin, et quand on la retire l'amener dans l'ouverture vaginale. Aussi comme M. Jacobs, je me contente souvent, quand je vois que l'intestin a de la tendance à se prolaber, de fermer par un point de suture médian sur les lèvres de l'incision vaginale, la cavité péritonéale.

Mais le plus souvent je préfère finir mon opération en disposant mes pinces en V renversé, c'est-à-dire que les extrémités de mes pinces se rejoignent et forment un V dont le sommet se dirige du côté de la cavité péritonéale. Dans l'angle formé par l'écartement des pinces, je mets la gaze iodoformée, qui, protégée par les pinces, ne risque pas ainsi d'être en contact avec l'intestin.

Je finirai en demandant qu'on ne supprime pas, comme le voudrait M. Jacobs, le mot de choc opératoire.

Sous ce nom on comprend un ensemble de symptômes et de lésions très complexes. Si très souvent ces accidents sont dus à la septicémie, cependant on ne peut nier qu'à la suite des opérations longues, des anesthésies prolongées, on ne puisse voir un état de dépression très accentuée, pendant lequel le système nerveux fonctionne mal. Le malade est dans un véritable état de choc, sans qu'on puisse accuser pour cela la septicémie.

M. **Byford** (de Chicago). — Contrary to the experience of some of those who have spoken I commenced by using the ligatures in preference to the forceps. I have found that the man who is confined to the use of either the forceps or ligatures alone is laboring under a disadvantage, for although the ligatures are preferable to the forceps, it is sometimes impossible to apply them rapidly and the patient may die of hemorrhage (usually called shock) before the operation can be finished.

The danger referred to in connection with the tamponade that accompanies hysterectomy with forceps meed not be incurred, for it is not necessary to place the tampon so high up. All that is

necessary is to tampon the cul-de-sac of Douglas in which case the intestines are not to any extend in contact with the tampon.

Therefore I think that we should use sometimes the forceps and sometimes ligatures according to the cases.

M. le Professeur **Rein** (de Kiew). — Je crois que le choc existe. Enlevez chez quelqu'un une extrémité supérieure, après une autre, après une extrémité inférieure et après une quatrième et vous verrez que votre malade mourra. La même chose si vous enlevez une tumeur quelconque, qui a contracté beaucoup d'adhérences fortes, anciennes avec les intestins, avec le foie, etc. Votre malade mourra, sans que vous pouvez trouver une trace de septicémie. Nous ne savons pas d'une manière parfaitement scientifique ce qu'est le choc, mais l'observation clinique, ainsi que les expériences physiologiques nous prouvent que le choc existe et que par conséquent vous ne pouvez pas enlever de l'organisme tout ce que vous voulez.

M. **Jacobs**. — Je regrette de devoir occuper encore une fois votre attention.

Comme les orateurs qui viennent de prendre la parole je crois que la mort peut arriver par d'autres causes que par septicémie. On peut mourir d'hémorrhagie, de symptômes nerveux graves, etc., mais dans la plupart des cas, désignés sous l'étiquette de choc, on ne cherche qu'à cacher la véritable cause de la mort : la septicémie. Quelques mots pour rectifier les paroles de M. Byford. Il a très mal saisi la modification que j'ai apportée à l'hystérectomie vaginale. Je n'ai pas re-substitué l'hystérectomie par ligatures à l'hystérectomie par forcipressure. Je continue à faire l'opération par forcipressure, comme la pratiquent Péan, Segond, Doyen, etc., mais immédiatement après je remplace les pinces par des ligatures. Ce qui demande très peu de temps, 1 minute par ligature. L'opération complète demandant 10 à 20 minutes, le danger d'hémorrhagie cité par Byford est nul. Sur plus de cent opérations que j'ai pratiquées de cette façon, jamais je n'ai vu cette complication.

M. **Jayle** (de Paris). — De 1890 à 1895, j'ai étudié les suites immédiates de plus de 300 laparotomies. Sur ces 300 malades, j'ai fait l'autopsie d'une cinquantaine, dont 30 ont été publiées[1].

[1] F. Jayle. *La septicémie péritonéale aiguë post-opératoire*. Paris 1895.

Dans tous les cas où la mort est survenue, vingt-quatre heures après l'opération, et qu'elle n'était due ni à l'hémorrhagie, ni à une complication viscérale ou autre, ni à l'évolution naturelle de l'affection, j'ai toujours trouvé l'existence d'une septicémie péritonéale, révélée par l'existence, dans la cavité péritonéale, de microbes multiples dont le principal était le streptocoque. Or, plusieurs fois, l'occlusion intestinale ou le choc opératoire avaient été incriminés. J'ai pu établir, en outre, que cette infection est, le plus souvent, donnée par le chirurgien.

Je pense donc qu'il faut, avant d'invoquer le choc opératoire, qui tend à mettre la cause de la mort sur la faiblesse de l'organisme de la malade, établir bactériologiquement, par l'examen de la sérosité péritonéale et du sang, qu'il n'y a véritablement pas d'infection.

TRAITEMENT CONSÉCUTIF AU CURETTAGE POUR ENDOMÉTRITE

Par M. le Prof. **Planellas** (de Valence).

Dans bien des cas d'endométrite, j'ai été frappé de l'inutilité du curettage, exécuté cependant d'une manière consciencieuse soit par d'autres chirurgiens, soit par moi-même.

L'explication de ce fait provient de la permanence des fonds des glandes utérines de ces culs-de-sac qui surtout dans l'état pathologique de la muqueuse arrivent jusqu'à la couche musculaire et peuvent même pénétrer entre quelques-unes de ses fibres. Il faudrait pouvoir continuer notre action après le curettage et modifier ces résidus de la muqueuse. C'est ce que nous avons cherché d'obtenir en instituant méthodiquement et dans tous les cas d'endométrite invétérée, le traitement consécutif au raclage.

Dans ce but, nous employons selon la variété d'endométrite et après l'action de la curette des agents médicamenteux appropriés, par exemple les *astringents* pour la forme d'endométrite simplement catarrhale, les *hémostatiques* pour la forme hémorrhagique, les antiseptiques pour les endométrites de nature infectieuse.

Il y a comme vous le savez beaucoup de médicaments qui possèdent à la fois bon nombre de ces propriétés c'est-à-dire qui ont des propriétés astringentes, hémostatiques, caustiques et désinfectantes

et je les préfère mais en les modifiant selon le but que je me propose d'atteindre.

J'emploie le bichlorure de mercure, l'iodoforme, le chlorure de zinc, l'ichtyol, le tannin et surtout la créosote en instituant des pansements intra-utérins chaque deux jours après avoir pratiqué un bon raclage. La moyenne du nombre de ces pansements est de trois à cinq, mais parfois il faut en pratiquer quelques-uns de plus pour assurer la guérison.

Les résultats que nous avons obtenu sont si décisifs que nous croyons avoir la certitude du succès chez le 99 pour 100 de nos opérées alors que dans la généralité des cas opérés par d'autres praticiens on peut évaluer au moins à 10 ou 12 pour 100 le nombre des malades qu'il faut opérer à nouveau.

Ces résulsats nous portent à combattre la conduite des praticiens qui ont l'habitude de ne rien faire après le raclage ou qui ne font que de l'asepsie.

Notre pratique consiste à faire une espèce d'écouvillonnage avec la tige armée de coton aseptique et imprégnée de médicaments appropriés, surtout le mélange de créosote et glycérine au tiers. Quand nous voulons prévenir les complications du paramétrium, nous employons l'ichtyol au tiers aussi. Après l'usage du médicament nous pratiquons le tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée.

Cette pratique si simple et si facile assurera toujours l'asepsie de la cavité utérine et contribuera à la régénération de la muqueuse. Nous la recommandons avec chaleur à nos confrères en faisant appel au bon sens de tous et en rappelant que le gynécologiste doit être médecin et ne doit pas oublier que les interventions chirurgicales le mieux exécutées n'ont de succès que si elles sont accompagnées des mesures appropriées et suivies du traitement consécutif le plus consciencieux.

Maintenant il faut ajouter qu'il y a des cas qui exigent l'emploi médical des ecboliques et que je me suis bien trouvé de leur usage dans les endométrites d'origine subinvolutive, dans lesquelles s'il est très indiqué d'enlever la muqueuse dégénérée, il n'était pas moins important de réveiller la contractilité musculaire. On ne dira pas que c'est revenir à l'ancien traitement des endométrites, mais je conseille de réunir les avantages de l'intervention chirurgicale aux avantages du traitement médical que dans ces cas l'on ne doit pas négliger.

CONCLUSIONS

1. Le raclage reste encore la base du traitement chirurgical dans la plupart des endométrites.

2. Pour obtenir des résultats durables il faut instituer un traitement consécutif au raclage, adapté à chaque variété d'endométrite. Ce traitement consécutif est surtout local et il doit s'appuyer sur l'entretien de l'asepsie de la cavité utérine et sur l'emploi des antiseptiques, des astringents, des hémostatiques et des caustiques plus ou moins actifs, qui aideront au développement du processus de régénération de la muqueuse utérine.

3. Parmi ces agents nous recommandons le bichlorure de mercure, l'iodoforme, le chlorure de zinc, l'ichtyol, le tannin et surtout la créosote.

4. Parfois on ajoutera l'emploi de la médication ecbolique.

5. L'échec du raclage, ou la nécessité de le répéter dans les endométrites bien diagnostiquées, exemptes de complications annexielles, provient le plus souvent de n'avoir pas employé le traitement consécutif ou de l'avoir fait incomplet.

DE LA LEUCOPLASIE VULVO-VAGINALE

Par MM. **R. Pichevin** et **Auguste Pettit** (Paris).

Malgré les affirmations de certains auteurs qui veulent assimiler la leucokératose vaginale soit à la vaginite, soit à la kraurosis vulvæ, cette affection constitue une entité pathologique distincte. Comme nous pouvons le démontrer, la leucoplasie vaginale se manifeste par une série d'altérations anatomiques extrêmement voisines de celles décrites (en particulier par Leloir) à propos de la leucokératose buccale.

Dans les cas que nous avons étudiés et dont les figures histologiques sont soumises au Congrès on constatait les modifications suivantes :

1° Feutrage du derme.

2° Multiplication des cellules de la couche à éléidine.

3° Hypertrophie de la couche cornée.

4° Diffusion de l'éléidine dans les couches sous-jacentes au stratum granulosum.

Or, ce sont là, dans leurs traits essentiels, tout au moins, les lésions caractéristiques de la leucokératose buccale.

Les auteurs ont déjà (Leloir, Le Dentu, etc.) insisté à maintes reprises sur la dégénérescence cancéreuse de la plaque leucoplasique; la plupart d'entre eux considèrent l'épithélioma, en quelque sorte, comme un accident de l'évolution de la leucoplasie; au contraire, si on se base sur les faits que nous avons étudiés, il semble plus rationnel d'admettre que la dégénérescence cancéreuse est bien plutôt un stade ultime de l'évolution de la leucokératose vulvo-vaginale; en effet sur les plaques les plus jeunes (ou les plus petites) provenant d'une femme de 50 ans on constatait uniquement des lésions de nature leucoplasique; en revanche, sur les plaques parvenues à un stade plus avancé, au sein même des éléments hyperkératinisés, on assistait au développement de noyaux épithéliomateux; il était intéressant de signaler cette évolution du tissu leucoplasique méconnue jusqu'à ce jour; des récents travaux en effet il paraît résulter au contraire que le développement du tissu épithéliomateux impliquait un bourgeonnement du corps de Malpighi, une fissure, etc. D'après le matériel étudié par nous, il semble au contraire qu'on doive compléter cette notion par le fait suivant : la possibilité de la transformation directe du tissu leucoplasique en tissu épithéliomateux. Toutefois une remarque s'impose : c'est la bénignité relative des cancers ainsi développés; une malade traitée par nous présente de l'épithélioma (diagnostic histologique) vaginal depuis plus de cinq ans sans altération sensible de sa santé.

En résumé, en se basant à la fois sur les données cliniques et anatomo-pathologiques, nous avons établi la réalité de la leucoplasie vulvo-vaginale en tant qu'entité pathologique distincte à la fois de la vaginite sénile et du kraurosis vulvæ. Cette affection présente des rapports tellement étroits avec le cancer qu'on est tenté de considérer la leucoplasie et le cancer comme deux stades évolutifs du même processus.

En tout cas, la définition exacte, clinique et anatomo-pathologique de la plaque leucoplasique vulvo-vaginale permet le diagnostic précoce et par suite le traitement en temps opportun de la lésion

comportant les mêmes chances de succès que ceux qui ont été obtenus dans nombre de cas de leucokératose buccale par le Professeur Le Dentu[1].

EFFECTS OF THE ERECT POSITION ON DISEASES OF WOMEN AND MENSTRUATION

By M. **E.-C. Gehrung**, Saint-Louis, U. S. A.

The great mystery surrounding the generative organs of woman and their functions has been cleared up considerably during late years by the energetic labors and studies of the anatomist, physiologist, pathologist, surgeon and the intelligent practitioner.

It is possible only through their united efforts to clear away the mysteries and superstitions which have clouded the true understanding of these. It is evidently not possible to treat the diseases of these organs intelligently whitout a complete knowledge of the causes of their functions and the changes to which they are subject in health and disease. Should I be so fortunate as to succeed in throwing even the smallest ray of light into the yet prevailing darkness, *then* I have truly gained the object of this paper.

The immense number and variety of diseases to which the human female is subject in comparison with the female of other mammalia must inevitably strike the throughtful observer with wonderment, and force upon his mind the following questions :

Why is this so ? In what consists the difference which exposes her to so much more suffering and danger, and provides her with functions so different from the lower animals ?

I shall endeavor to answer these questions in the following :

A study of the natural supports of the woman's generative organs will show how inefficiently they are performing their duty, all the erudite theories to the contrary notwithstanding. Here, the theory concerning the wonderful adaptations of means to ends in nature seems for once to fail.

It is true, there are ligaments, but they fail to do the duties ascribed to them by anatomists. They permit the uterus and adnexa

[1] Congrès de Chirurgie. Paris, 1895.

to be displaced in every direction without much resistance; while some are not even put on the stretch by extreme displacements. The anatomist and microscopist describe the beautiful arrangement of muscular fibres distributed in these ligaments to prove their ability, despite their other defects, to hold the pelvic organs in their respective places; still they fail to do their duty satisfactorily.

On viewing the pelvic organs we observe the uterus, an inverted one, the larger and heavier portion above, the smaller and lighter portion, the cervix below from which on either side extend the broad loose folds of peritoneum called the broad ligaments enclosing the falopian tubes and ovaries, all of which are rather suspended from the uterus than supporting it. These broad ligaments are utterly incapable to hold the uterus in the normal position, though they impede somewhat a too free fore and bakward as also slightly a side to side movement, and partly prevent rotation.

Next we observe the round ligaments reaching from the fundus downward, one on either side, and by several inches too long to be of any service in holding the uterus in position. Their true function is to prevent the pregnant uterus from becoming entangled with the intestines and mesenteries, so as not to tear these and the other abdominal organs from their attachment.

The utero-sacral ligaments, the function of which is to hold the cervix backward, by being inserted into that part of the uterus, are also quite lax and permit descend and every other displacement by a slight shifting of the position of this organ.

The vagina, itself a lax tube, though possessed of a great deal of muscular tissue, which is so disposed as to make concentric contraction as well as shortening greatly probable is not much to be relied on to support so heavy an organ as the womb, which rests on its upper extremity though the vagina itself rests on the strong support of the pelvic floor and is attached to these two ever varying and shifting organs, the bladder and the rectum, except by its bulk.

The supperimposed intestines, though they impart a certain degree of steadiness by transmitting the pressure of the abdominal muscles and resisting the free movement of the broad ligaments are rather instrumental to a downward movement by their weight, than a support.

The support gained by the diaphragmatic suction is also more apparent than real, because this muscular membrane itself moves constantly up and down, as in respiration, cough, etc.

Great stress has been laid on the obliquity of the pelvis, the pubic part of which is considered to act as a shelf for the uterus to rest upon. This however, can take place only, when the uterus is strongly anteverted, which is certainly not the natural position of a well placed womb, which should never come in contact with the pubes, though a slight degree of anteversion and antecurvation (not flexion) is apparently the normal position and shape of the uterus. The profession has in my opinion greatly erred by admitting a greater degree of displacement or flexion as physiologic.

I have mentioned only the most important supports and in a superficial manner for not to occupy too much space.

The different factors here considered in their combined action *do* however sustain the uterus and adnexa to the poor degree to which they are generally sustained. It is surprising that they are sustained at all and it proves the wonderful adaptibility of the human being to surrounding circumstances.

From what has been said we might conclude that Dame Nature has treated woman most stepmotherly or that she has been caught napping when she created her masterpiece, the woman, since the organs of procreation of the latter are not supported *secundum artem,* as in lower creatures.

The preceeding picture of woman's generative organs refers, as may easily be perceived, to the erect position only.

Let us now, for comparison, place the woman in the horizontal position (*position genu pectorale*) and a complete change of the relation of the parts under consideration will be easily observed.

The vulvar apperture is now not placed at the most dependent and most unprotected part of the body but in a perfectly safe position where there is absolutely no strain.

The uterus instead of being a heavy weight resting on the feeble cervix, the collapsing vagina and supported by the almost useless ligaments, points now downward at an angle of 45 degrees below the horizontal plane looking towards the umbilicus, the heavier, portion of the corpus below the lighter part or cervix, above pointing towards the coccyx. The vagina is now suspended from the perineum and its muscular arrangement can now come into useful play. The uterus, through its cervical attachement to the vagina, puts the latter more or less on the stretch and unfolds this and the broad ligaments which serve now as veritable ligaments, not to prevent the womb and adnexa from falling towards the vulva and

from bending upon itself (flexion) but from precipitating itself too much towards the intestines and the diaphragm.

The latter is now not obliged to carry the suspended load, but it is free to perform its functions. The attachments to the bladder and rectum serve now also as supporting ligaments, preventing the uterus from oppressing either, leaving both free to perform their functions undisturbed, while the utero-sacral ligaments prevent the cervix from falling too much forward and to preserve the natural angle between the vagina and uterus for insemination, etc. The round ligaments await their time when they will be called upon to perform their function during gestation.

Who can say that nature made a mistake in suspending woman's pelvic organs, when viewed in the prone position? Everything is now perfect according to the anatomists ideal, every means adapted to its end.

Permit me now, Mr. President, to review of the effects of the prone or horizontal position on the diseases of women :

There would be no versions since the womb needs no balancing now to preserve its equilibrium ; nor flexions, since the heavier part is below and suspended from the cervix instead of resting on the weak structure of the latter. If the uterus were temporarily put out of place by some accident, it would promptly return to its natural position without the assistance of the gynecologist, by its own weight and the restorative influence of the ligaments and the other attachments, which would also prevent an excessive restitution. Prolapse or procidentia would be so scarce as to be almost unknown. Displacement of the ovaries, if possible at all, would be extremely scarce and unimportant, and like many of the uterine displacements would happen only trough grave pathological processes in these organs, or in the surrounding tissues.

Many tumors and inflamations and their products owe their origin to displacements and the consequent compression and contorsions of bloodvessels and nerves, and the incarceration and compresssion of the displaced organs[1].

Habitual constipation, hemorrhoids and other rectal diseases, rectocele, cystocele, cystitis and consequent nephritis in combination with other causes depend frequently on the displacements caused by the erect position, and would mostly be prevented by prone position.

[1] See Report Am. Gyn. Sec. 1891.

Most hernias would be quite scarce. This list could be greatly extended but I think the above will suffice.

I am perfectly conscious of the fact that other causes like the use of corsets, tight and ill-fitting clothes, carrying burdens, work, social amusements, child bearing, etc., are all at work in the deve-lopement of these morbid conditions. They are however almost all directly or indirectly results of the extreme erect position, cour-ted by man.

Most of the gynecologists work therefore depends on the erect position. Had man (or woman) been created for this position most of the evil consequences could have been avoided by the proper adjustement of one or a few ligaments, as every abdominal surgeon well knows and daily acknowledges by performing such operations as Alexanders and its modifications, ventrofixation, etc.

The penalties for the assumption of the erect position are there-fore surgical suspension or mechanical support (Pessaries).

Not all displacements need the intervention of the gynecologist. In the majority of cases only when pathological processes, to which they predispose, have set in, then is assistance necessary.

EFFECTS OF THE ERECT POSITION ON MENSTRUATION

The study of this mysterious function, sanguineous menstruation, which belongs almost exclusively to the human female has been the cause of much labor and speculation for the medical scientist. Some contended that it is a secretion, others that it is a hemorrhage. The latter appear to have gained the victory. I place myself unreser-vedly on their side. If a hemorrhage, it is pathologic, and not as is assumed by many, physiologic. Hemorrhages are always patho-logic.

It is a hemorrhage without doubt and as such an accidental com-plication of a simultaneous physiologic process, namely an oft repeated (not exactly monthly) wave of congestion and decongestion of the generative organs accompanied by a more or less profuse mucous discharge. Some have maintained that the bloody discharge occurring during the paroxism of this wave consists of a quantity

of blood which is stored by nature as a provision for the early wants of the fecundated ovum, should pregnancy occur ; this failing it is poured away as a waste product.

This appears to be a highly illogic argument. It certainly takes as much nourishment to form the young of other mamalia and yet nature has nowhere made such a provision.

Is nature ever so wasteful as to throw away unused such enormous quanities of useful substance, a substance that is so essential to life and physical welfare ?

Does it really need such large quantities of prepared nutrition to sustain the little ovum ? Would not the woman be better able to perform her duty to her offspring if her constitution were strengthened by retaining that nutritive fluid instead of wasting it ? Does this unnecessary loss of this vital fluid make woman's health more perfect, or her life more agreeable ?

No ! decidedly no ! This excessive sanguineous discharge is an accidental hemorrhage, subserves no useful purpose and recognizes for its principal cause the *erect position*.

A great pathologist on some other occasion answered a similar argument made by the writer, by quoting the well-known fact that sometimes a sanguineous discharge, simulating the menstrual is observed in the monkey tribe.

Here I quote this fact as an argument in my favor, since the monkey is the animal that, next to man, affects the erect position most frequently.

Not only has there been observed a frequent and at times a bloody discharge in the monkey during the estrual period, but also in the cow a similar discharge has been noticed by many observers occuring every three weeks with great regularity. Many other mammalia are affected in the same way [1].

Why should the erect position be considered the principal factor in sanguineous menstruation ? Because everything is in the most favorable condition for a hemorrhage once started to continue without much opposition until the cause (the congestion) is completely exhausted either by the quantitative loss or the length of time. Compare the prone position and everything is reversed.

Every surgeon is well aware of the effect position exerts over hemorrhage. The knee elbow position (position à la vache) and

[1] Wiltshire, *Veterinary Journal*.

semi-prone position in the treatment of pathologic conditions of the pelvic organs with the benefits obtainable thereby show indisputably that these organs are defectively suspended in the erect and correctly in the horizontal position even to the extent as to remedy diseases and abnormal conditions by the latter, which have been acquired by the former.

Thus we see that nature has made a mistake in the suspension of the organs of generation in woman (if not in man also) for progression in the erect position. With but a slight change in the suspension of these organs woman's existence could have been made far more endurable if not far more pleasant and, the gynecologist would be almost an unknown entity.

It may be asked what is gained by the knowledge that woman's generative organs are more scientifically suspended in the horizontal (not dorsal) than in the vertical position, since the remedy, the assumption of the horizontal position can not be applied, except for an insufficiently short period?

The naturalist is always interested in knowing the causes of things and events, even if there be no immediate profit derived from that knowledge in view. It enables him sooner or later to find the means to make that knowledge profitable.

If my premisses are correctly taken and I have no doubt they are, as a long experience and carefully made observations have taught me, the natural conclusion to be drawn from them is as follows:

1st. That the erect position of man is acquired or assumed and that the different organs have to depend for their support, greatly on accident and the gradual adaptation through necessity of means to ends. Numberless years and generations have been active in that gradual transformation, but a satisfactory result has not yet been obtained, though it must excite the highest degree of admiration to see how well, under the unfavorable circumstances, man has adapted himself to his present condition.

2nd That if the support of the pelvic organs is insufficient for all purposes, that the production of artificial ligaments (Alex. Op., Ventrofixation) or artificial mechanical support (pessaries, tampons), are the legitimate means to counteract the otherwise deficient conditions and that a reliance on therapeutic agents is mostly useless.

3rd. That menstruation is the equivalent of rut or estruation of

the lower animals and may or may not be accompanied by a greater or lesser sanguineous discharge.

4th. That any excessive loss of blood or for too long a period is radically wrong, a pathologic condition due principally to the erect position. That it should by all means to our disposition be repressed (not suppressed) i. e. diminished to a moderate quantity and duration; especially by mechanical means (vaginal dry or wet tampon) as advised by myself and others [1].

The excessive and oft-repeated loss of this most important vital fluid is in my estimation one of the prolific causes of the greater nervousness and feebleness of the female sex.

Anemic individuals can not afford this loss at all. The principles of economy teach us plainly enough, that it is useless to administer tonics to make blood without first limiting this unnecessary waste. The loos must be corrected before repair can be made.

Can this be done without harm? Can we safely interfere with menstruation, i. e. with the excessive sanguineous loss during the act of menstruation. I can answer this with an emphatic « Yes » as the result of an extensive experience of from 10 to 15 years duration. Of course with this provision as applicable to all operations on the generative organs that there be no pelvic inflammation present.

From times immemorial interference with sanguineous menstruation was considered fraught with danger which if it were a physiologic act would be the natural conclusion. When I proved that not only could this interference be practiced harmlessly, but with great benefit by repression (not suppression) of menstruation to those who need more blood than they possess or to those who lose more than they can afford, it created quite a stir in the profession. Soon, however, many eminent men, as Lusk, Jackson, Mays, Mundé and others followed my practice and proved my claims as not only harmless but eminently beneficial.

The practice of repression (not suppression) of menstruation wherever indicated, by solidly tamponing the vigina by means of wet or dry absorbent cotton should have a place as an established remedy in the treatment of diseases of women.

I humbly ask the indulgence of the congress for having gone

[1] See *Amer. Obst. Jour. and Dis. of Women and Children.* Oct. 1888, and Report Am. Gyn. Soc. 1889.

over this subject so superficially. My motive for this is the knowledge that many words to the learned are not necessary and that their time is to valuable to listen to a composition of such great lenght as this subject, if treated in extenso, would require.

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS L'INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE

Par M. le Prof. **H. Duret** (de Lille).

I. — L'inversion utérine est un déplacement pathologique, qui a toujours suscité l'intérêt des cliniciens, à cause des indications diverses qu'elle présente au point de vue de l'intervention. Naguères encore, il y a une douzaine d'années, le Professeur Denuée, de Bordeaux, écrivait sur ce sujet un traité fort important (1883).

Malgré les progrès de l'enseignement de l'obstétrique, il n'est pas très exceptionnel de rencontrer des cas d'inversion, qui n'ont pas été réduits en temps opportun, et qui ont nécessité une action chirurgicale. Nous ne nous occuperons pas, cependant, des multiples procédés de réduction, exposés en détail dans les livres sur la matière. Nous n'envisagerons que les cas où ils restent infructueux : ils sont relativement fréquents.

Il serait désirable, sans doute, de parvenir à retourner l'organe et à en assurer la conservation, d'autant que, si on y réussit, la fonction génitale serait de ce fait rétablie toute entière. Ce serait autrement satisfaisant pour la malade et pour le médecin ; une opération, même grave, devrait être préférée, *pourvu qu'elle fût conservatrice.* Nous dirons quelques mots d'une opération de ce genre imaginée récemment par Otto Küstner : nous l'avons cependant essayée sans succès. — Mais, il importe qu'on le sache, qu'on en soit convaincu, il y a des cas dont *la difficulté est insurmontable,* où le sacrifice s'impose pour sauver la vie des malades, et les arracher à d'intolérables douleurs.

Pour établir les convictions sur ce point, nous ferons connaitre, en quelques traits, les *causes puissantes* de l'irréductibilité de l'utérus en inversion : il s'agit toujours évidemment de lésions anciennes, d'inversions chroniques, comme on les nomme. Nous rappellerons

ensuite sommairement les procédés d'extirpation les plus récents, montrant leurs inconvénients ; nous terminerons par les indications de l'hystérectomie vaginale, et les procédés opératoires que nous avons utilisés.

II. — Si nous nous reportons aux recherches de Denuée, nous voyons qu'on a réussi à réduire des inversions utérines anciennes à des dates souvent fort éloignées de leur apparition primitive. C'est ainsi que depuis l'année 1847, où Valentin de Vitry accomplit le premier cette belle conquête de la chirurgie moderne, on relève 84 cas de réduction, avec 5 morts, soit 6 % à peu près. Il s'agit de cas opérés en dehors des 40 jours de la période d'évolution. Ils se répartissent ainsi : 27 cas, dans lesquels l'âge est indéterminé, mais nous savons qu'il s'agit d'inversions chroniques, — 24 cas, dans la première année après l'inversion accomplie (8 de 40 jours à 3 années, 10 de 3 à 6 mois, 6 de 6 mois à un an).

En somme :

Première année après l'involution accomplie :	24	réductions.
Dans la deuxième année	16	»
» » troisième année	6	»
» » quatrième année.	3	»
» » cinquième année.	2	»
» » douzième, treizième année. . . .	5	»

Le plus grand nombre de réductions pour inversions anciennes se rapporte à la première année, puis à la deuxième et à la troisième. Les autres, pour des années peu éloignées, sont des raretés. Sur le total on compte 22 succès dus à la compression par le pessaire à air de Gariel, 3 par le colpeurynter (pression d'eau), 14 par la réduction par la méthode de Withe (Repositor), etc.

La conclusion à tirer de ces faits est que la réduction des inversions anciennes peut être obtenue dans nombre de cas : et ce n'est pas sans étonnement qu'on lit qu'on a pu réussir après un nombre d'années souvent considérable (3 à 22 ans).

Il faudrait toutefois se garder de conclure qu'il en est fréquemment ainsi. Il y a de nombreux succès, et tous ne sont pas publiés. Bien plus, bien des tentatives de réduction ont été suivies d'accidents graves ou mortels, même dans les mains d'opérateurs habiles. Le taxis avec les mains seules, selon les procédés classiques, n'est pas plus que les autres moyens, idemne d'accidents. L'état de ramol-

lissement de l'organe peut amener des ruptures utérines, des déchirures avec hernie de l'intestin à l'extérieur. On a observé des péritonites par rupture des adhérences, par infection septique. Nous avons relevé, dit Denuée, un cas de mort par la simple application d'un pessaire à air, un autre par le pessaire à eau (Lawson Tait). Nous notons aussi un décès entre les mains de Swiederski dans la réduction d'une inversion de 3 ans, 2 cas de Withe de Buffalo et 4 cas dans la statistique de Barnes sur 10 opérations de taxis forcé.

Les dangers des tentatives de réduction, bien que réels et assez fréquents, ne doivent pas empêcher les chirurgiens de les essayer avec prudence. Mais, assez souvent et dans toutes les mains, l'usage le plus rationnel des divers taxis, échoue complètement : il y a alors irréductibilité absolue, et quelquefois impossibilité de maintenir le résultat obtenu une première fois.

III. — Cette irréductibilité reconnaît des causes précises, un peu mieux analysées dans ces derniers temps.

D'abord, signalons la contraction utérine, soit du corps, soit du col. L'observation de Valentin de Vitry nous en fournit un exemple : « la matrice, dit-il, à propos d'une inversion de 16 mois, était comme un véritable doigt de gant ; mais, à la moindre pression elle se contractait pour se pelotonner contre le col... et, dans les essais de réduction elle se durcissait en s'arrondissant ; les mêmes difficultés recommençaient. » Il réussit cependant à réduire, mais en poussant l'anesthésie par l'éther à ses dernières limites (1847). — Denuée rapporte que, chez une nouvelle accouchée, atteinte d'inversion méconnue et qui succomba on trouva dans le profond cul-de-sac péritonéal de la matrice inversée, une anse d'intestin grêle d'une longueur de 0.30 centimètres, comprimée par le col contracté, présentant une teinte rouge noirâtre, qu'on eut la plus grande peine à dégager.

Les causes les plus fréquentes d'irréductibilité tiennent à la congestion de la turgescence et à l'œdème des tissus du globe utérin inversé ; à l'absence d'involution puerpérale de la matrice qui reste trop volumineuse pour être repoussée par l'orifice étroit du col, et à la friabilité spéciale des tissus, qui se déchirent à toute tentative de replacement. Puis dans les cas les plus anciens, les éléments anatomiques des tissus déplacés se transforment, deviennent durs, fibreux et n'ont plus assez de souplesse, d'élasticité pour permettre au globe utérin de se retourner sur lui-même. Les fibres musculaires s'atrophient et disparaissent ; dans quelques observations, on signale

que la matrice était très rétractée, du volume d'une toute petite pomme, ou réduite à un noyau dur, sans cavité. Dans un cas de West la densification du tissu était telle que la cavité de la poche utérine n'était pas plus grosse qu'une plume de corbeau.

Parfois la transformation fibreuse se cantonne exclusivement au voisinage du col utérin qui forme un anneau irrégulier, dur, rigide et très rétréci. C'est pour combattre cette rigidité du col que certains opérateurs ont fait précéder les tentatives de réduction de la dilatation de la cavité cervicale avec les doigts ou des instruments : d'autres ont pratiqué des incisions profondes cervico-utérines, comme Barnes et Gaillard Thomas [1].

Du côté de l'infundibulum péritonéal surviennent aussi des altérations importantes qui font obstacle à la réduction. Son orifice se contracte et s'endurcit ; il est rétréci, froncé comme l'ouverture d'une bourse fermée. La sclérose s'étend également aux organes voisins, au tissu cellulaire, aux ligaments larges, à celui de la trompe et de l'ovaire, qui prolabés dans l'infundibulum peuvent s'y trouver resserrés par l'orifice et sont, en tout cas, dans une situation qui modifie leur circulation, leur nutrition et parfois les atrophie. Dans le but de faire céder la résistance de l'orifice péritonéal de l'infundibulum, Gaillard Thomas a imaginé d'ouvrir l'abdomen, de rechercher cet orifice, et de le dilater fortement avec une pince métallique spéciale. Il réussit chez une de ses malades, mais perdit l'autre de péritonite. Il lui fallut d'ailleurs déployer une force considérable, bien qu'il n'y eût pas d'adhérences et s'y reprendre à plusieurs fois [2].

Cet infundibulum est parfois le siège de poussées enflammatoires intenses avec production de fausses membranes, qui subissent l'évolution fibreuse et soudent entre elles les parois de l'infundibulum les plis des ligaments larges, les ligaments ronds, les annexes et les organes voisins. Cette symphyse par adhérence, lorsqu'elle existe, est un obstacle absolu à la réduction.

L'irréductibilité absolue des inversions anciennes dans certains cas est d'ailleurs bien établie par quelques faits cliniques très démonstratifs. Velpeau, chez une femme qui vint mourir dans son service de métrorrhagies dues à une inversion, ne put au moment de

[1] *Traité des maladies des femmes,* 1875.

[2] Gaillard, Thomas. — *Traité des maladies des femmes,* 1879, p. 389.

l'autopsie, arriver sur le cadavre à réintégrer l'utérus en position normale. Mundé ne réussit pas mieux, même après l'ouverture de l'abdomen, en ayant les pièces en main, à dilater le col. Legueu, sur un utérus inversé, enlevé par l'hystérectomie, ne put obtenir de réduction. « En observant, dit-il, l'orifice péritonéal de l'inversion, on le trouva tellement resserré sur les organes qu'il contenait, au point que, pièce en mains, il est impossible d'obtenir la moindre apparence de réduction. » Dans une de nos opérations que nous rapporterons plus loin, nous avons incisé verticalement, en arrière, le col, l'isthme et la paroi postérieure de l'utérus dans toute leur hauteur sans pouvoir en obtenir le retournement.

Par les considérations et les faits qui précèdent, se trouvent donc bien établis :

1° les dangers des tentatives de réduction dans certains cas d'inversion ancienne avec friabilité des tissus et adhérences.

2° et d'autre part, l'impossibilité absolue de la réduction dans certains cas.

Ainsi se trouvent entièrement justifiées, dans ces conditions particulières, les opérations anciennes ou récentes qui ont pour but la suppression de l'organe inversé, origine de complications graves ou d'hémorrhagies mortelles.

Il est enfin une cause d'intervention sanglante autre que l'irréductibilité d'une inversion : nous voulons parler d'une complication plus rare : l'*incoercibilité*. La matrice renversée se réduit avec la plus grande facilité, son fond remonte en dedans, puis au-dessus du col, mais à peine a-t-on cessé la manœuvre, que l'inversion se reproduit. L'organe est flasque et paralysé, l'électrisation, l'ergot de seigle, restent sans effet; la matrice reprend constamment la position inverse. Baldy ne réussit même pas à la maintenir en place, en en suturant le fond à la paroi abdominale, par une hystéropexie méthodique.

IV. — Avant de rappeler succinctement les procédés anciens et modernes d'ablation de l'utérus, dans les inversions, disons quelques mots des méthodes sanglantes de réduction *in situ*.

Les opérations, employées dans ce but, ont consisté surtout en des incisions, des libérations du col utérin (Millot, Barnes), mais les incisions, qui doivent remonter assez haut, n'ont pas toujours été inoffensives : elles ont donné lieu à des hémorrhagies graves, à des péritonites, et presque toujours sont devenues insuffisantes.

Dans deux cas célèbres, Gaillard Thomas essaya, comme nous l'avons dit, de dilater l'orifice de l'infundibulum péritonéal, après avoir ouvert l'abdomen. Une de ses malades mourut des suites de l'opération. En 1885-86, Malins, Schmalfuss, chirurgiens allemands, après la laparotomie, ne purent obtenir la réduction. En 1885, Mundé, par la voie abdominale, n'obtint aucun résultat, bien qu'il s'efforçat d'attirer le fond de l'utérus avec une ficelle fixée à l'aide d'un bouton introduit par le vagin. Baldy dit à ce propos : « Quand l'abdomen fut ouvert, qu'on eut passé un fil solide à travers le fond de l'utérus dans le vagin, et qu'on eut attaché un bouton à l'extrémité vaginale de ce fil, j'ai vu faire d'inutiles efforts avec une main dans le vagin, pour obtenir la réduction ; et cependant pour venir en aide aux tractions on essayait d'agrandir le col par la partie supérieure à l'aide de la dilatation. J'ai même vu un bouton traverser l'utérus pendant les tractions faites sur le fil et la malade mourut. » En résumé, tous les procédés d'incision du col ont donné de mauvais résultats ; un seul succès et quatre résultats déplorables.

Cependant, une place à part, il nous semble, doit être réservée au moyen imaginé récemment par Otto Küstner[1]. Ce chirurgien ouvre largement le cul-de-sac postérieur du vagin, pénètre dans la cavité de Douglas, en détruisant les adhérences avec soin. Puis il engage un doigt dans l'anneau d'étranglement de l'infundibulum péritonéal. Il fait alors une incision médiane postérieure sur l'utérus prolabé dans le vagin, s'étendant de deux centimètres du fond, jusqu'à deux centimètres de l'orifice externe du col. La paroi postérieure de l'utérus est donc coupée dans toute son épaisseur, de la surface muqueuse à la surface péritonéale. On essaye la réduction, l'index introduit dans l'infundibulum soutenant le col, et le pouce de la même main repoussant et retournant le fond de l'utérus. On termine en suturant la longue incision utérine et le cul-de-sac de Douglas. Ce procédé très méthodique est tout à fait en rapport avec les progrès récents de l'intervention par la voie vaginale. Mais est-il sans dangers ? L'hémorrhagie n'est-elle pas à redouter ? N'y a-t-il pas lieu de craindre qu'il soit insuffisant, quand on voit que les opérateurs ne réussissent pas, pièces en mains, après les autopsies ou les hystérectomies à obtenir le retournement ? Dans une des opérations que nous relatons à la fin de ce mémoire, nous l'avons essayé sans succès.

[1] *Centralblatt für Gynaekologie,* 14 Oct. 1895.

V. — Nous pouvons résumer ainsi les indications principales à l'ablation de l'utérus inversé. Dans presque tous les cas, il s'agit d'inversions anciennes, chroniques; les accidents consécutifs à l'inversion ne peuvent être enrayés et mettent les jours de la malade en danger. C'est à peu près dans ces mêmes termes que Schwartz [1] précise les indications de l'ablation utérine : « Lorsqu'il est impossible de réduire ou de maintenir un utérus inversé à la suite de l'accouchement, lorsque la femme est épuisée par les hémorrhagies et minée par les douleurs, il y a lieu de songer à l'ablation du segment utérin, proéminant dans le vagin ou à la vulve. »

Courty, dans son discours à l'Association Française pour l'avancement des sciences, s'exprime ainsi : « Il faut demander d'abord à la nature tout ce qu'on peut en espérer, c'est-à-dire provoquer la réduction spontanée de l'inversion utérine par la pression continue à l'aide du pessaire à air dans le vagin. Si l'application du pessaire à air, si la pression continue ne réussissent pas, ou ne peuvent être supportés, en un mot, si la réduction spontanée est impossible, il faut en appeler à l'art, et opérer la réduction artificielle par le taxis aidé de la chloroformisation, et au besoin du débridement, en retenant le col à l'aide des deux doigts de la main qui ne refoulent pas, introduits dans le rectum et courbés en crochet. Si ces divers moyens ont échoué, si l'on n'a pu réduire la matrice, il faut alors pratiquer l'ablation de l'utérus inversé. »

Denuée demande des motifs plus rigoureux encore pour agir : « Quand par l'emploi méthodique et raisonné des moyens que nous avons indiqués, on ne peut obtenir la réduction, il ne faut pas oublier qu'il reste une dernière ressource, une ressource extrême dans un péril extrême, celle de l'ablation de la matrice elle-même. »

Le condition primodiale de l'hystérectomie dans l'inversion utérine est donc l'irréductibilité absolue par les méthodes simples ou complexes ou l'incoercibilité. Il faut également tenir compte de l'ancienneté du déplacement. Quand il est récent, il est évident que les tentatives de réduction peuvent être répétées et variées avec prudence : taxis simple, central ou latéral; taxis sous le chloroforme, pression continue par le pessaire à air, le colpeurynter, le repositor d'Avelling, taxis avec incision du col, et enfin section du corps de l'utérus selon la méthode d'Otto Küstner sont des moyens qui peuvent être utilisés tour à tour.

[1] Dictionnaire de Jaccoud.

Si le renversement est ancien, les chances de réussite seront moindres, mais non annihilées.

L'intervention radicale devient plus pressante, s'il existe des hémorrhagies abondantes qui se répètent incessamment, anémient profondément les malades, leur donnent une teinte cireuse, déterminent l'œdème des extrémités et parfois la tiennent en un état syncopal presque permanent. Il en est de même s'il y a des douleurs intolérables, des leucorrhées abondantes et fétides, qui engendrent la septicémie lente. Les ulcérations, les gangrènes, les propagations inflammatoires ou infectieuses au tissu cellulaire pelvien rendent la tentative de réduction impossible ou dangereuse. Enfin lorsque de nombreuses adhérences par poussées péritonitiques se sont développées dans l'infundibulum et soudent les organes, mieux vaut tout extirper par l'hystérectomie vaginale, comme on le fait dans les salpyngites et suppurations pelviennes. La cure est plus radicale et on obtient la cessation de souffrances qui sans cela seraient interminables.

VI. — Ce sont les brillants résultats obtenus par les hystérectomies dans les inflammations pelviennes, la dextérité acquise, qui nous ont conduit à substituer aux anciennes méthodes d'ablation de l'utérus, l'hystérectomie vaginale, opération mieux réglée, moins dangereuse, et plus radicalement curatrice !

Les anciens procédés, en effet, ont des résultats déplorables pour la plupart. D'après Denuée, « l'incision simple (procédés anciens) donne une mortalité de 41 %; l'ablation par l'écraseur linéaire de 18,95 %; la cautérisation de 50 %; la ligature fixe, 33 % ; et la ligature progressive 18 %. » Les dangers de ces opérations ne résident pas uniquement dans la septicité de la région, des tissus, et des fils ; mais rarement on évite l'hémorrhagie, l'infection péritonéale ou cellulaire ; et bien souvent, le moignon qui reste remonte, avant cicatrisation complète, et infecte le péritoine. En outre les constrictions permanentes ou répétées du tissu utérin amènent des douleurs très violentes, parfois un état syncopal. Il faut tenir compte enfin, pour certaines d'entre elles, de la longueur du traitement, de la nécessité d'une surveillance minutieuse, et de l'inconstance des résultats obtenus.

Peut-être cependant, convient-il de faire une certaine exception en faveur de la méthode de la ligature élastique, selon le procédé de Périer qui, d'après les statistiques les plus récentes, ne don-

nait qu'une mortalité de 8,33 % ; dans des mains peu habituées aux opérations modernes elle peut à la rigueur être un moyen suffisant en cas de nécessité. Mais, elle est cependant, quoique la meilleure et la plus sûre des méthodes anciennes, passible des objections graves que nous avons indiquées, sous une forme concise, mais suffisante, à la Société des sciences médicales de Lille en 1894.

« 1° La méthode de la ligature élastique est douloureuse. Presque tous les opérateurs le déclarent ; ils sont obligés, les premiers jours, de calmer les malades par des injections de morphine répétées. On conçoit qu'un lien qui enserre les annexes dans l'utérus doit être péniblement supporté.

« 2° Elle est un peu aveugle, en ce sens qu'en appliquant le lien autour du col ou sur le vagin, on n'est pas bien certain d'éviter, dans l'infundibulum péritonéal, le pincement d'une anse d'intestin, de la vessie, etc.

3° Le moignon sphacélé est une cause d'infection, et, il faut chaque jour, faire des irrigations phéniquées fortes, et même des attouchements.

4° Le détachement du segment sphacélé est lent, et si, dans les cas les plus favorables, il est complet, le quatorzième jour, dans la plupart des observations, il faut attendre jusqu'au vingt-cinquième, trentième et même quarantième jour.

5° La section étant complète, on peut redouter encore, que le moignon cervical remonte du côté du péritoine et l'infecte, si les adhérences et l'occlusion ne sont pas parfaites.

Avec l'hystérectomie vaginale, les accidents ne sont plus à redouter puisque l'opération est terminée en une seule séance.

D'autre part, dans notre procédé, les ligatures étant faites sur les vaisseaux, on ne laisse aucun corps étranger dans le péritoine. Les soins consécutifs sont des plus simples.

A ces considérations justificatives de l'opération, qui nous parait être la méthode de choix, nous ajouterons la suivante : par l'hystérectomie on enlève les annexes, qui, souvent enserrées dans l'infundibulum, irritées, enflammées, sont la cause des douleurs intolérables, et on supprime tous les tissus inflammatoires : pareil résultat ne saurait être acquis par les anciennes interventions.

VII. — L'hystérectomie vaginale totale pour inversion utérine n'a été faite, jusqu'à présent, que par un très petit nombre d'opérateurs. Un élève de Péan, le Dr Secheyron, s'en est fait le promoteur

il y a quelques années ; mais il ne l'a pas exécutée, pas plus que son maître, qui a seulement pratiqué une hystérectomie partielle pour une inversion polypeuse. Pozzi, dans son traité de gynécologie en exprime le desideratum ; Terrier, en 1885, dans un rapport de la Société de chirurgie, sur une observation de Defontaine, qui avait employé le procédé de Périer, se demande si, avec les méthodes antiseptiques contemporaines, il ne vaudrait pas mieux en venir à l'ablation rapide de la tumeur.

Notre première opération d'hystérectomie vaginale totale pour inversion utérine date de la première quinzaine de Juin 1894. Presqu'en même temps le Dr Legueu de Paris, publia un second cas dans les Bulletins de la Société Anatomique. En octobre 1894, nous intervenons une seconde fois, de la même manière, pour une inversion datant de 17 mois[1].

Déjà en juillet 1891, le Dr Baldy de Philadelphie avait cité sans détails opératoires, une ablation de l'utérus, par un de ses confrères, chez une femme de 35 ans, qui avait une inversion incoercible, il avait tenté vainement de fixer l'utérus à la paroi abdominale. La lésion s'étant reproduite, son confrère enleva l'organe.

Dans tous les cas, la guérison des malades opérées a été obtenue.

Terminons maintenant par quelques considérations sur les procédés opératoires.

La disposition des parties dans l'inversion se trouve modifiée, et les conditions opératoires ne sont pas tout à fait celles qu'on rencontre dans les hystérectomies pour cancer, pour altération des annexes ou pour prolapsus utérin.

L'inversion s'accompagne ou non de prolapsus vaginal : mais il y a des différences avec la chute de la matrice.

Il faut avoir en vue surtout, dans l'opération pour inversion, l'existence de l'infundibulum péritonéal. S'il y a prolapsus, il est très étendu, très profond et comprend deux poches : l'une péritonéale constituée par la dépression de la séreuse pelvienne et des ligaments larges plissés verticalement ; l'autre intra-utérine, correspondant à la surface péritonéale de la matrice retournée : un étranglement les sépare, souvent très étroit, et très rigide ; il est constitué par l'anneau fibro-musculaire du col utérin. Dans l'une et l'autre

[1] Nos études de l'hystérectomie dans l'inversion utérine, ont été copiées en partie dans les publications suivantes : Duret et Franchomme (*Société des Sciences médicales*. 1894). Franchomme (*Journal des Sciences médicales*, 1895). — J. Brasseur (*Thèse*, Paris, 1895).

poche s'engagent des viscères : d'abord les annexes, trompes, ovaires, ligament rond, qui descendent ordinairement jusque dans la seconde poche, dont le pédicule est étranglé au niveau de l'anneau, et qui deviennent le siège de turgescences inflammatoires et d'altérations diverses, si les lésions sont anciennes. Mais le principal danger pendant l'opération vient de la présence dans l'infundibulum d'une anse intestinale, de l'S iliaque, de l'épiploon, ou de la vessie, organes dont la présence a été fréquemment signalée. Ajoutons que souvent des adhérences inflammatoires, des symphyses rendent l'ablation chirurgicale plus laborieuse.

Il est au contraire, une autre disposition, qui rend l'opération plus facile. Dans l'inversion, même avec prolapsus, la vessie reste en place, ne descend pas avec la matrice ; le fait a été constaté dans nos deux cas, et dans nombre d'observations. Pourquoi cette absence de déplacement du réservoir urinaire, alors que sa chute est si constante dans les prolapsus ordinaires ? Sans doute parce que les attaches antérieures du col utérin ne sont pas élongées par un travail préparatoire. Elles ont conservé toute leur résistance.

Les premiers temps de l'hystérectomie vaginale faite selon les méthodes ordinaires, rencontrent une légère difficulté, lorsque l'inversion s'accompagne de prolapsus. Le col est alors complètement effacé : la surface muqueuse de l'utérus inversé se continue sans ligne de démarcation avec la muqueuse vaginale ; à peine remarque-t-on une différence de coloration. Sur quel point précis faire porter l'incision transversale du cul-de-sac antérieur, et du cul-de-sac postérieur, temps par lesquels commence toute hystérectomie ? — Nous avons été aidé, dans la détermination du lieu de l'incision, par le palper : en saisissant entre le pouce et les doigts le pédicule de la tumeur, on apprécie aisément à travers son épaisseur, le point où se trouve le museau de tanche et on sectionne au-dessus. Il faut alors pénétrer avec prudence car on tombe aussitôt dans l'infundibulum pelvien, au-dessous de son collet. Il n'y a pas de décollement de la vessie à opérer : celle-ci est restée en dessus de l'incision.

Dès qu'on pénètre dans l'infundibulum par les incisions transversales, soit en avant soit en arrière, on risque de blesser les viscères inclus. Aussi dans nos opérations, la petite boutonnière antérieure étant faite avec précaution, nous explorons l'infundibulum, nous nous rendons compte par le toucher des organes contenus. S'il n'y a pas d'adhérences on peut les réduire, et les maintenir sur un point plus

élevé par un tampon iodoformé. Il est plus simple, plus prudent, alors, de continuer l'hystérectomie par le procédé de la section médiane.

Du milieu de l'incision transversale antérieure, nous faisons tomber perpendiculairement une seconde incision, qui, partant de là, divise la face de l'utérus jusqu'à son fond. Le doigt introduit par la boutonnière antérieure, jusqu'au fond de l'infundibulum, dirige l'instrument tranchant, et prévient la blessure des organes herniés. Par la large ouverture de la face antérieure de l'utérus, on aperçoit aisément les annexes et leurs pédicules, qu'on peut lier déjà en partie comme nous l'avons fait dans un cas.

A ce moment de l'opération nous relevons l'utérus, nous le portons en avant, et nous incisons transversalement le cul-de-sac postérieur jusqu'au péritoine.

Il vaut mieux maintenant procéder à la ligature des artères utérines ; pour cela, incision de la muqueuse vaginale sur les côtés et léger décollement de celle-ci. On saisit entre l'index et le pouce la base des ligaments larges contenant l'utérus et à l'aide d'une aiguille de Deschamps on l'enserre entre deux ligatures fortes à la soie de chaque côté. On achève l'hémisection utérine : incision verticale de la face postérieure et du fond de l'organe dans toute leur épaisseur.

On attire en bas chacune des deux moitiés, au-dessus on recherche les annexes ; on les détache avec les doigts, s'ils sont adhérentes, puis, on place au delà des ligatures très serrées un fil de soie. On coupe en dedans des ligatures. L'opération est terminée.

On peut, pour aller plus rapidement dans l'ablation, mettre des pinces qu'on remplace ensuite par des ligatures.

L'hémisection du corps de l'utérus prolabé a été faite dans une de nos opérations, de bas en haut, du fond de l'utérus inversé vers le col.

Comme conclusions, nous croyons devoir émettre les propositions suivantes :

1° L'ablation de l'utérus est indiquée dans les inversions manifestement irréductibles, surtout lorsque se développent des accidents graves : hémorrhagies répétées, douleurs violentes, leucorrhées fétides ou gangréneuses, qui produisent un empoisonnement septique ou l'héticité ; dans les inversions avec complications inflammatoires des annexes ou des ligaments larges, et dans les inversions incoercibles.

2° Les méthodes anciennes sont insuffisantes, et exposent aux accidents septiques. Leurs résultats statistiques sont déplorables.

3° La ligature élastique, selon la méthode de Périer, qui, si l'on suit les méthodes aseptiques, compte moins d'insuccès, peut être utilisée en cas d'inexpérience des méthodes modernes. Mais elle constitue un mode d'intervention long, douloureux, qui nécessite des soins journaliers et dont les résultats sont incomplets et trop souvent incertains.

4° *L'hystérectomie vaginale totale est la méthode de choix,* dans les inversions utérines irréductibles. Afin d'éviter la blessure des organes herniés dans l'infundibulum péritonéal, il sera préférable de la pratiquer, par section médiane, selon les règles que nous avons indiquées.

OBSERVATION I

INVERSION UTÉRINE DATANT DE 4 MOIS. — TENTATIVES INFRUCTUEUSES DE RÉDUCTION. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — GUÉRISON.

Madame Louise B . . , âgée de 25 ans, est envoyée dans le service de M. le professeur Duret par le docteur Baron (de Rexpoede), qui a reconnu chez elle l'existence d'une inversion utérine.

Cette jeune femme n'avait jamais été souffrante jusqu'au moment où elle devint enceinte pour la première fois. La grossesse se passa d'ailleurs sans aucun incident notable.

L'accouchement arriva à terme dans les premiers jours du mois de février 1894; il fut des plus pénibles. Le travail dura cinq jours et nécessita l'application du forceps.

La délivrance suivit de quelques minutes la sortie de l'enfant; des tractions avaient été exercées par la personne qui présidait à l'accouchement. Immédiatement il se produisit une inversion totale de la matrice, provoquant une abondante hémorrhagie qui fut arrêtée par des injections d'ergotine.

La malade garda le lit quinze jours et eut à deux reprises des pertes de sang assez abondantes. Puis elle se leva et reprit un peu ses occupations. Mais elle resta gravement malade, très pâle, souffrant du ventre, des flancs, des cuisses, épuisée par des métrorrhagies continuelles. Au bout de trois mois et demi, abattue par la maladie, elle se fit transporter à l'hôpital, demandant un traitement chirurgical.

A son entrée, le 12 juin, on établit aisément le diagnostic de l'affection, facilité d'ailleurs par les renseignements que donna la malade. On trouve dans le vagin effleurant le plancher périnéal, une tumeur du volume d'une poire, renflée à son extrémité antérieure, diminuant de volume en arrière et paraissant pédiculée.

Sur toute sa surface cette tumeur est rougeâtre, granuleuse, saignant au moindre contact, peu sensible.

Une sorte de collerette entoure le pédicule de la tumeur; le doigt, introduit dans le sillon limité par cette collerette et la tumeur, circonscrit cette dernière de toute part. C'est à n'en pas douter le col de la matrice. La profondeur de ce sillon est de 2 $1/2$ cent. environ. Le toucher rectal combiné au palper hypogastrique permet de constater qu'au-dessus de la tumeur il n'existe aucun organe abdominal; les doigts de chaque main se rencontrent facilement sur la ligne médiane à travers la paroi abdominale.

Malgré le laps de temps écoulé depuis l'accident, malgré l'achèvement complet de la régression post-puerpérale; malgré la possibilité d'adhérences inflammatoires immobilisant l'utérus, M. Duret se décide à tenter la réduction de l'inversion. Il y procède sous chloroforme.

La main droite du chirurgien, introduite dans le vagin, exerce sur le fond de l'utérus une pression continue et progressive, pendant que la main gauche, déprimant l'abdomen au niveau de la région hypogastrique, immobilise le col utérin et s'oppose à l'impulsion donnée à l'utérus par la voie vaginale.

Cette manœuvre, continuée un certain temps, n'est pas sans présenter de danger à cause de l'hémorrhagie abondante au niveau de la muqueuse utérine et des troubles réflexes respiratoires et circulatoires occasionnés par ces violences. La réduction n'est pas obtenue.

La malade est reportée à son lit après un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée, pansement local et agent de compression. Cette longue séance, qui a épuisé les forces du chirurgien, n'a pas de suites fâcheuses pour la malade. On ne constate chez elle ni fièvre, ni réaction péritonéale, ni douleurs.

L'anémie déjà si marquée avant l'opération, est accrue par les pertes de sang inévitables pendant les manœuvres de réduction. Sur les insistances de la malade, 10 jours après, M. Duret pratique une seconde intervention.

La malade étant chloroformée, le vagin est largement dilaté par deux valves de Sims. On place ensuite 4 pinces de Museux sur le

bourrelet qui entoure le pédicule de la tumeur, 2 en avant et 2 en arrière. Un aide maintient solidement ces pinces qui amènent le col à la vulve.

Le chirurgien, exerçant des pressions sur le fond de la portion prolabée, tente à plusieurs reprises de retourner l'utérus, d'abord avec douceur puis avec force. Brusquement la tumeur paraît pénétrer dans le col. En examinant les choses de près on se rend compte que le globe prolabé a pénétré dans une cavité sous-péritonéale, située derrière la vessie. On la ramène au dehors et on aperçoit sur le col utérin, au niveau de l'isthme, une déchirure transversale divisant la moitié antérieure du col. Une sonde introduite dans la vessie montre que celle-ci n'est pas déchirée. La partie postérieure du col a résisté. Le chirurgien espérant encore pouvoir réduire, fend longitudinalement les fibres musculaires du col au niveau de l'isthme en avant : puis il essaye de retourner la matrice. Cette manœuvre ne donne pas de résultat.

M. Duret se décide alors à pratiquer l'hystérectomie totale. Il fend l'utérus inversé sur la ligne médiane dans toute sa longueur en avant, pénétrant ainsi dans l'entonnoir péritonéal ; puis procède successivement aux temps suivants :

1° Selon la méthode ordinaire il incise le vagin de droite à gauche, en avant des débris du col, puis décolle ceux-ci des tissus sous-jacents, et ouvre transversalement le cul-de-sac péritonéal antérieur ;

2° Le prolapsus inversé étant relevé, il ouvre également le cul-de-sac postérieur ;

3° Il incise le vagin sur les parties latérales au niveau du col et avec l'aiguille de Deschamps place une ligature à gauche au niveau de l'artère utérine ;

4° L'utérus divisé sur toute son épaisseur et retourné du côté gauche est attiré fortement en bas, on amène en même temps l'ovaire et on place au delà 3 ligatures sur le ligament large gauche. On coupe entre les ligatures et l'utérus, après avoir appliqué une ligature totale de sûreté ;

5° On procède de même du côté droit, mais on arrive plus difficilement au-dessus de l'ovaire à cause de la torsion imprimée au ligament large. Après ligatures, la section de ce ligament termine l'opération.

Pansement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires absolument apyrétiques et sans accident.

La malade quitte l'hôpital, le 20me jour après l'opération, complètement guérie.

OBSERVATION II

INVERSION UTÉRINE DATANT DE 17 MOIS. — TENTATIVES DE RÉDUCTION SOUS LE CHLOROFORME INFRUCTUEUSES. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE. — GUÉRISON.

Florine B..., âgée de 19 ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Duret, le 4 octobre 1894.

Elle y est envoyée par le docteur Pruvost (de Raismes), qui a reconnu chez elle une inversion utérine.

Il y a 17 mois cette personne a accouché à terme d'un enfant bien portant, de poids et de volume normal. L'accouchement, d'après les dires de la malade, paraît s'être accompli sans incident, et la sortie de l'arrière-faix n'a pas été l'occasion de tractions inopportunes.

Nous notons toutefois que pendant les 8 jours qui suivirent il se produisit quelques métrorrhagies, mais elles furent peu importantes; tout dès lors rentra dans l'ordre et la malade reprit ses occupations.

Pendant 6 mois les règles disparurent; puis, pendant 4 autres mois, revinrent à leur époque normale. C'est seulement au onzième mois après l'accouchement que survinrent de véritables métrorrhagies pathologiques se répétant à des intervalles de plus en plus rapprochés.

Vers la fin du mois de juillet, 15 mois après l'accouchement, la malade épuisée par ses pertes de sang, consulta le docteur Pruvost, qui constata chez elle une inversion utérine. M. le Professeur Duret, appelé par notre confrère, conseilla alors un essai de réduction par le tamponnement à la gaze iodoformée, réservant d'ailleurs son pronostic sur la possibilité de la guérison par ce moyen. Les pertes de sang diminuèrent un peu mais ne cessèrent pas complètement, d'autre part aucune réduction ne parut s'annoncer. La malade se décida alors à subir une intervention plus active et entra dans le service de M. Duret.

A son arrivée dans les salles, nous constatons par le toucher vaginal une tumeur solide remplissant le vagin et ayant le volume d'un citron : tumeur assez molle et saignant facilement.

En suivant cette tumeur on sent qu'elle a la forme d'un ovoïde

très allongé dont la grosse extrémité repose sur le périnée ; à sa base le doigt pénètre dans un sillon circulaire d'un centimètre de profondeur environ dont le rebord externe mousse et arrondi se continue avec la paroi vaginale.

Par la palpation abdominale, on sent la main s'enfoncer derrière le pubis sans obstacle et rejoindre le doigt introduit tour à tour dans le vagin et le rectum. Le diagnostic n'est pas douteux, c'est bien une inversion utérine.

La malade ne se plaint d'aucun trouble dans la défécation, ni dans la miction, mais souffre de douleurs dans les régions lombaire et périnéale, et dans le haut des cuisses.

C'est une femme de grande taille, de robuste constitution, elle n'est pas très amaigrie, mais ses chairs sont d'une pâleur cireuse. Elle ne peut plus rien faire, épuisée par ses métrorrhagies qu'augmente encore le moindre effort.

Au spéculum on aperçoit une tumeur rouge, piriforme, granuleuse et saignant facilement, circonscrite à sa base par un sillon très marqué.

M. Duret se décide à essayer la réduction malgré l'ancienneté des accidents, mais instruit par l'insuccès de sa tentative première il fait en même temps tout préparer pour enlever l'utérus au cas où la réduction serait impossible.

Opération le 10 octobre 1894. La malade étant chloroformée, on place deux valves de Sims dilatant fortement le vagin. Puis, à l'aide de pinces de Museux, le chirurgien saisit solidement le col utérin et le confie à un aide. De la main placée dans la région hypogastrique il s'efforce de maintenir le corps utérin pendant que la main droite exprime fortement l'utérus.

Cette manœuvre est continuée avec persévérance pendant un quart d'heure environ ; le chirurgien y renonce enfin et prend ses dispositions pour pratiquer l'hystérectomie.

Hystérectomie. — Le chirurgien saisit fortement le fond de l'utérus prolabé et l'amène dehors, complétant ainsi l'inversion. De cette manière la tumeur se continue directement avec le vagin ; la muqueuse utérine inversée se distingue à peine des parois vaginales par une teinte un peu plus foncée.

Le doigt reconnaît le museau de la tanche à travers la paroi vaginale antérieure ; au point limité, le chirurgien fait une incision transversale : il sectionne couche par couche, et bientôt pénètre délibérément dans le péritoine. La vessie n'est pas intéressée. A

travers l'incision large de trois centimètres environ on voit les ligaments ronds s'introduire dans l'entonnoir utérin. Ils sont saisis dans une pince, liés et coupés.

On incise de même le cul-de-sac postérieur. Dans un troisième temps opératoire le chirurgien après section latérale du vagin, au moyen de l'aiguille de Deschamps, va poser une ligature sur l'artère utérine gauche. Puis d'un coup de bistouri, il incise à fond la face antérieure de l'utérus inversé sur toute sa longueur. Il imprime alors un mouvement de torsion à la tumeur de manière à agrandir la fente pratiquée sur l'entonnoir utérin. Il aperçoit ainsi et peut atteindre le ligament large du côté gauche. Il pose 3 ligatures et sectionne entre ces ligatures et l'utérus. Il achève alors la section de l'insertion vaginale du même côté.

La même conduite est tenue pour le ligament large du côté droit.

Des deux côtés on a soin qu'une des ligatures passe au-dessus de l'ovaire de telle manière que les annexes puissent être enlevées facilement.

L'opération est terminée.

Pansement à la gaze iodoformée. Pas de fièvre, aucun phénomène important à signaler dans les suites opératoires.

La malade sort complètement guérie le dix-huitième jour après l'opération.

TRAITEMENT DE L'INVERSION UTÉRINE PAR LA TRACTION ÉLASTIQUE PROLONGÉE DU COL COMBINÉE A LA PROPULSION DU FOND DE L'UTÉRUS

Par M. le professeur **Henri Pouey**, de Montévideo.

En quoi consiste essentiellement le procédé ? — Le procédé dont je tiens à vous parler et que je crois avoir imaginé se réalise de la façon suivante :

On passe 6 gros fils de soie équidistants à travers le col de l'utérus, on attache ces fils à des tubes élastiques qu'on fixe à la périphérie du pavillon d'un stéthoscope dont la cupule est placée sur le fond de l'organe. On produit ainsi une pression douce sur le fond de l'utérus qui se trouve alors poussé dans l'intérieur d'un canal,

qui n'est autre que la cavité cervicale, canal dont la longueur augmente progressivement par suite de la traction exercée sur le col.

J'ai obtenu la réduction complète 5 fois sur 6.

Deux femmes sont devenues enceintes; l'une d'elles a accouché normalement; la deuxième avait une grossesse normale de 8 mois la dernière fois que je l'ai vue.

Si l'on désire employer le procédé, il est utile de connaitre les détails suivants :

Tamponnement préalable. — On fera bien de tamponner le vagin à la gaze iodoformée, pendant assez longtemps avant l'application de l'appareil, dans le but de permettre à la femme de se rétablir des hémorrhagies énormes qu'elle a dû subir du fait de son inversion, d'assurer l'asepsie des voies génitales et de ramollir quelque peu l'utérus.

Ce tamponnement préalable qui, seul me parait en général insuffisant pour faire la réduction — malgré un cas bien observé par le Dr Bottaro de Montévideo qui a eu un succès par ce simple moyen — ce tamponnement est extrêmement utile en ce sens qu'il met l'utérus en état de supporter sans danger la pression soutenue du stéthoscope; en effet, j'ai tout lieu de croire que la mort d'une de mes malades affaiblie par une extrême anémie a été provoquée par un sphacèle du point comprimé; or dans ce seul cas j'avais négligé de pratiquer le tamponnement.

Il doit être fait de façon à bourrer la rigole circulaire que l'utérus investi forme avec le col, avant de tamponner le vagin. Il convient de le renouveler journellement pendant 2 à 3 mois au moins.

Sous son influence on verra le corps de l'utérus diminuer de volume, prendre une teinte moins rouge; on verra également la lèvre utérine s'allonger et tendre à couvrir le globe utérin, ce qui marque une tendance à la réduction.

Le tamponnement devra être continué pendant la menstruation.

Opération. — Elle doit être faite d'après les principes généraux connus qui commandent toute intervention gynécologique. Le stéthoscope employé est droit: il est inutile de le courber; il doit mesurer environ 14 centimètres de longueur, avoir une petite cupule; il est indifférent qu'il soit métallique ou en caoutchouc durci; il portera à la périphérie du pavillon six trous qui serviront à attacher des fils de soie.

On fera bien pour que l'opération soit plus tôt terminée d'attacher à l'avance des fils au pavillon du stéthoscope; d'autres fils seront attachés à des tubes à drainage de 5 millimètres de diamètre et

longs de 6 centimètres; ce sont ces derniers fils qui traverseront le col et qu'on raccourcira suivant le degré de tension qu'on désire donner au tracteur élastique, et qui, au début, doit être très modéré.

Il serait à désirer qu'on pût traduire en chiffres cette tension du fil ; jusqu'à présent je n'ai pas pu le faire ; il ne faut pas oublier que la circulation se fait mal dans l'utérus en inversion, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'examen du fond de cet organe qui se présente rouge, gonflé, et très hémorrhagique.

Il faut prendre la lèvre utérine en 6 points dans une anse de gros fil qui enserre beaucoup de tissu pour ne pas couper le point d'attache ; l'expérience nous a appris que la cupule glisse plus difficilement que quand on ne place que quatre fils; d'autre part la traction qui s'exerce sur un point déterminé est moindre. Avant d'appliquer la cupule sur le fond de l'utérus, on aura soin de le recouvrir d'une petite compresse de gaze iodoformée qui sera très épaisse au niveau du point comprimé. Le stéthoscope placé doit avoir une situation telle que la propulsion s'exerce suivant l'axe du cylindre creux qui constitue le pédicule de l'utérus inverti.

Pour bien connaître cette dernière particularité, on s'aidera de l'examen bimanuel qui donnera la notion exacte de la position de ce pédicule, et de son degré de mobilité, qui se trouve être très prononcé dans la plupart des cas, circonstance qui rend difficile la stabilité ultérieure du stéthoscope.

On verra alors le point comprimé former une dépression sur le globe qui alors prend plus ou moins la forme d'un disque, en même temps qu'on voit la lèvre utérine s'avancer vers la vulve, et la partie non invertie du col s'allonger : à ce moment le fond de l'utérus est à la hauteur de l'orifice externe. Il doit alors s'engager à travers un orifice *inférieur* dans une filière dont la longueur diminue progressivement par la dilatation de son orifice *supérieur* qui s'évase en entonnoir, dilatation qui est opérée par la traction excentrique qu'exercent les fils placés sur le col. Ce mécanisme, en vertu duquel se fait la réduction, je l'ai touché du doigt dans un cas récent où j'ai pu l'effectuer en quelques minutes; pendant que les fils élastiques du col étaient tendus d'une façon divergente, le pouce exerçait une pression douce sur le fond de l'utérus; voyant que la réduction avait de la tendance à se faire, j'eus l'idée d'insister sur ce simple moyen avant d'appliquer le stéthoscope, et j'eus, à un moment donné, la sensation de résistance vaincue pendant que le fond de l'utérus se dérobait à la pression : la réduction était faite.

On doit laisser le stéthoscope appliqué jusqu'à réduction de l'inversion : la durée d'application de l'appareil varie de quelques heures à plusieurs jours et doit se régler d'après l'effet nuisible produit sur le fond de l'utérus ; malgré la gaze interposée, on verra le point comprimé, ainsi que tout le fond de l'utérus prendre une coloration violacée dès les premières heures d'application. Il est difficile de dire quelle est la limite extrême que peut atteindre sans danger l'altération anatomique ; en cas de doute, il convient de retirer l'appareil momentanément ou même définitivement si l'on a des craintes.

Pendant tout le temps que dure ce travail il faut examiner la femme au moins deux fois par jour pour voir l'état de l'utérus et pour pouvoir reconnaître un glissement possible de la cupule qu'on replacera en bonne position.

C'est parce qu'elle doit pénétrer avec le fond de l'utérus à travers l'orifice *inférieur* de la filière que la cupule du stéthoscope doit avoir un petit diamètre, 15 millimètres au maximum.

Au cas où l'on devra retirer l'appareil avant la réduction complète, on peut espérer encore la continuation du travail par d'autres agents ; ce sont probablement les éléments élastiques des ligaments larges et des ligaments ronds qui ont terminé la réduction commencée par le stéthoscope dans l'observation V.

Après l'opération, on met dans le vagin quelques bandes de gaze iodoformée, surtout au niveau des points de contact des fils avec la vulve.

La femme doit rester étendue sur le dos, les cuisses en abduction et immobile autant que possible. Les opérées se plaignent habituellement d'une douleur vers la région lombaire.

Il est bon de faire tous les jours une irrigation vaginale après avoir retiré la cupule, choses faciles à faire si l'on tire à soi le pavillon et si l'on imprime un mouvement de bascule au stéthoscope. Après l'irrigation on se rendra compte par le toucher et la vue de l'état des parties et l'on rentrera la cupule s'il y a lieu. Ce procédé doit être appliqué quelle que soit l'ancienneté de l'inversion.

OBSERVATIONS

I. Madame O., 26 ans. Première menstruation à 15 ans. Bonne santé habituelle. Les 2 premiers accouchements furent heureux ; le 3e accouchement, suivi d'inversion eut lieu le 27 août

1890, dura 13 heures, le fœtus se présentant en occipito-iliaque gauche antérieure. Des tractions certainement exagérées produisirent la rupture du cordon et nécessitèrent la délivrance manuelle qui fut suivie d'une hémorrhagie qu'on calcula atteindre 3 litres. La parturiente en resta exsangue. Je fus appelé 4 jours après l'accouchement et je pus diagnostiquer l'inversion utérine accompagnée de surdistension vésicale; par le cathétérisme on extrait près de 2 litres d'urine.

Des manœuvres rationnelles de taxis furent tentées le lendemain, puis vite interrompues à cause de l'hémorrhagie.

Deux jours après, nouvelle tentative de taxis pratiquée sous le sommeil chloroformique, suivie également d'hémorrhagie et d'un égal insuccès. La malade est dans un tel état d'anémie qu'on abandonne pour le moment toute idée d'intervention active, et l'on s'applique à combattre la métrorrhagie par des tamponnements quotidiens à la gaze iodoformée.

L'hémorrhagie dominée, et l'alimentation se faisant bien, la malade se sentit mieux peu de temps après; on lui permit alors de se lever, excepté pendant la période de ses règles qui duraient 5 jours avec une abondance moyenne.

Ces tamponnements furent continués pendant près de 6 mois, jusqu'au 19 février 1891, jour de l'application du pessaire élastique à 4 fils qui fut faite sans anesthésie.

On raccourcit les fils le 3me et le 5me jour; le pessaire fut retiré le 6me jour: l'inversion était réduite. La malade se leva au bout de 15 jours, en parfaite santé. Une première grossesse fut suivie d'avortement à 3 mois, par suite d'une imprudence; une 2me grossesse s'est terminée heureusement il y a quelques mois.

II. Madame F., 26 ans réglée à 15 ans. Le 20 mars 1891 elle a son premier accouchement qui dure 14 heures et est suivi d'une inversion produite par des tractions sur le cordon.

On fait le tamponnement vaginal pendant plus de 2 mois, et le 30 mai après anesthésie on fixe le pessaire par 6 points.

La malade se montre très indocile au réveil, se plaint d'une douleur aux lombes et tente, à plusieurs reprises, d'enlever l'appareil.

Le lendemain, 31, on trouve la cupule loin du fond de l'utérus, dans le vagin, sur le cul-de-sac postérieur; on la replace en bonne position.

Le 1er juin la malade arrache son appareil qui est replacé le lendemain matin; après l'anesthésie, on tâche de continuer la narcose

par la morphine, on assujettit bien la malade ; soins inutiles : le lendemain matin, le pessaire n'était plus à sa place.

Voyant que l'utérus présente une coloration violacée on renonce à l'appareil et l'on se borne à faire l'antisepsie génitale.

Au bout de 10 jours, le fond de l'utérus s'élimine spontanément, l'état de la malade restant satisfaisant.

On ne peut faire l'examen du fragment éliminé qui fut égaré avant l'arrivée du médecin.

La malade continue à avoir tous les mois, pendant 2 jours, ses règles qui sont précédées de phénomènes dysménorrhéiques. L'état général est bon.

III. Madame N., 25 ans, réglée à 14 ans. Premier accouchement le 28 décembre 1890, le travail ayant duré 15 heures. La délivrance faite par une personne étrangère à la médecine produisit une inversion utérine.

Nous la voyons le 30 juillet 1891 pour la première fois, dans un état d'extrême anémie qui me porte à conseiller de différer toute intervention active et de faire le tamponnement vaginal jusqu'à rétablissement de la malade.

La famille, venant de très loin n'étant pas disposée à attendre, on appliqua le pessaire le 4 août. 6 fils de soie traversent le col. Pendant l'opération la malade perd une assez grande quantité de sang, le fond de l'utérus saignant au moindre contact.

Le 5. Cathétérisme. La malade se sent bien ; l'anémie cependant est extrême ; un changement de position suffit à provoquer une syncope.

Le 6. Les fils de l'appareil ne sont plus tendus ; on les serre après avoir enlevé les gazes et lavé le vagin.

Le 7. L'inversion est réduite ainsi qu'on peut s'en assurer par le toucher intra-utérin. Lavage intra-utérin avec la sonde de Doléris, au sublimé à 1 pour 2000.

Le 8. Fièvre. Dès ce jour, la malade présente un état général grave : frissons répétés, fièvre à type intermittent, syncopes fréquentes. On fait l'antisepsie du conduit utéro-vaginal jusqu'au 15 août, jour où la malade succombe pendant une injection intra-utérine.

IV. Madame A. F., 22 ans. Réglée à 14 ans. Multipare.

Le 19 septembre 1891, elle accouche d'un gros enfant ; peu d'instants après son accouchement elle éprouve dans le bas-ventre des douleurs fortes et persistantes qui réclament l'assistance d'un médecin.

Le 20. La malade a passé une mauvaise nuit, miction impossible; le cathéter évacue une grande quantité d'urine; dès ce moment la malade ne peut uriner spontanément et perd beaucoup de sang par le vagin.

Le 10 décembre je vois la malade pour la première fois; je conseille le tamponnement vaginal après avoir diagnostiqué une inversion utérine.

La malade très nerveuse, étant très pressée, l'intervention ne put être différée que jusqu'au 16 décembre.

Le 17. La malade se plaint de douleurs lombaires intenses.

Le 18. La malade ayant eu une légère élévation de température pendant la nuit, on fait cesser la pression du stéthoscope, en amenant la cupule au dehors par un mouvement de bascule.

Le 19. Replacement du pessaire. On peut noter pendant cette manœuvre que le fond de l'utérus s'éloigne dans une cavité limité par le col.

Quelques heures après, la fièvre s'allume, des frissons apparaissent; on enlève l'appareil.

Le 20. La réduction n'étant pas complète on replace l'appareil.

Le soir l'inversion est réduite. Enlèvement définitif de l'appareil. On continue les lavages antiseptiques.

Le 21. Température 37°5 à 38°. Ténesme rectal; pendant une défécation la malade sent une forte douleur à la région hypogastrique suivie d'une sensation de vide dans la même région.

Le 22. Température normale. Douleurs dans la fosse iliaque droite.

La 23. Température 37°7.

Le 24. Beaucoup de leucorrhée. Température normale.

Le 26. La douleur continue à l'hypogastre.

Le 28. Le leucorrhée continue. L'hystéromètre pénètre à 7 centimètres dans l'utérus en produisant un peu de douleur et l'issue d'une petite quantité de pus liquide.

A 5 h. p. m. la malade sent une douleur aiguë à l'hypogastre; une pression faite par elle-même dans le but de se soulager provoque l'expulsion d'un corps blanchâtre qui n'était autre que la muqueuse du fond de l'utérus avec les premières couches de la musculeuse.

Peu de jours après, la malade était complètement rétablie, excepté pendant les jours qui correspondaient à la période de la menstruation qui n'avait pas lieu et qui était remplacée par des phénomènes nerveux très gênants.

La malade est bien actuellement.

V. Madame J. C., 26 ans, réglée à 13 ans, fait trois grossesses suivies d'accouchements normaux. Le 4[me] qui date de 3 ans, fut suivi d'inversion utérine.

Je vois la malade 5 jours après l'accouchement dans un état de profonde anémie et avec une phlegmasia alba dolens gauche. La malade habitant la campagne, je conseille le séjour en ville dès que son état le permettrait. Elle vient me voir un an après seulement.

Je fais des tamponnements pendant 6 mois et le 21 décembre 1894, j'applique l'appareil réducteur.

Quelques heures après, on examine le fond de l'utérus pour juger les effets de la compression. 24 heures après l'opération, l'utérus présentait un aspect livide; j'enlève l'appareil quoique la réduction ne fut faite qu'incomplètement.

Au bout de 10 jours je réexamine la malade et je suis étonné de voir que l'inversion est complètement réduite.

La malade rentre chez elle le 25 janvier 1895 où elle prit, dit-elle, un refroidissement qui la retint au lit pendant 40 jours en proie à de violentes douleurs paroxystiques de l'hémithorax gauche et du membre inférieur droit.

Depuis lors, sa santé est parfaite. Examinée au mois de mai de l'année courante, je pus constater une grossesse de 8 mois qui selon toute probabilité se terminera par un accouchement normal.

VI. Malade de 23 ans, primipare, se présente 4 mois après son accouchement suivi d'inversion. Tamponnement pendant deux mois et opération le 20 mai 1896. Les 6 fils étant placés, avant d'appliquer le stéthoscope, je veux tenter la réduction digitale et à cet effet je fais la traction en tirant sur les fils suivant des directions divergentes, et, en même temps, la propulsion sur le fond utérin à l'aide du pouce; au bout de quelques minutes l'utérus était retourné.

Le toucher intra-utérin permet de constater une proéminence sur la face postérieure de la cavité utérine, mais l'inversion semble bien réduite.

Suites opératoires des plus simples. La malade était bien le 6 juin.

DE L'UTILITÉ DE RETARDER LE PREMIER PANSEMENT DE MICKULICZ DANS LES PLAIES ABDOMINALES

Par le D[r] **Rendu** (de Lyon), chirurgien de l'hôpital S[t]-Jean.

Il n'est pas un gynécologue se livrant à la chirurgie de l'abdomen qui n'ait été frappé par le nombre relativement élevé des plaies de cette région qui, pansées avec le Mickulicz, s'infectent secondairement, bien que traitées suivant toutes les règles de la méthode antiseptique. Une malade est opérée depuis 4, 8, 10 jours, son état a été satisfaisant jusqu'ici ; tout à coup un nuage paraît à l'horizon : on trouve, un matin, le pansement trempé de sang ou de sérosité ; ou bien, la température, qui jusque là oscillait entre 37° et 38°, monte à 39° ou 40° sans que vous en saisissiez la raison ; ou bien encore, pour peu que la pièce d'étoffe emprisonnée dans la plaie soit importante, la malade accuse une douleur plus ou moins vive, qu'elle exagère parfois. Que se passe-t-il alors ? Que fait le plus souvent le chirurgien ? Il ne résiste pas au désir de voir, de chercher la cause de ce qui le surprend : il défait le pansement, enlève toutes les pièces souillées, lave, injecte des solutions antiseptiques, nettoie, remet un Mickulicz plus aseptique encore, si possible, que le premier, et termine par des superpositions de couches de coton qui doivent défier toute complication à l'avenir.

Eh bien ! qu'arrive-t-il ordinairement le lendemain ou le surlendemain ? Un simple coup d'œil sur la feuille de température nous l'indique. Un mouvement de fièvre se déclare qui va grandissant, et telle malade qui jusqu'à la veille allait assez bien, commence à vous donner des inquiétudes. Ces inquiétudes peuvent n'être que passagères, je le sais, mais parfois, trop souvent, elles ne sont que trop justifiées, et après quelques jours ou quelques semaines la malade vous échappe.

C'est après avoir observé ce fait bien des fois, soit dans ma pratique personnelle, soit dans celle de mes confrères, que j'en suis arrivé à redouter très sérieusement ces changements de pièces de pansement tant qu'on n'a pas franchi la zone ou période dangereuse qui suit ces grands traumatismes abdominaux et qui est d'assez

longue durée, je veux dire, tant que la suppuration n'est pas franchement établie, ce qui demande 25 ou 30 jours environ. Jusqu'à ce moment, les Mickulicz nouveaux qu'on a cru bien faire de substituer à celui du début ont eu plutôt un effet funeste, celui de déterminer une infection secondaire. Quelle que soit, en effet, la cause de celle-ci, que l'infection résulte de l'action des nouvelles pièces de pansement sur des surfaces déjà irritées, ou, plus probablement, qu'elle soit la conséquence de la pénétration de l'air dans une vaste et profonde excavation, un fait est certain, c'est le fait clinique que j'ai mentionné tout à l'heure.

Dans le cas de néphrectomie il y a certainement eu de l'infection au début puisque la température est montée le 11me jour jusqu'à 39°7, mais suivant résolument mon idée je ne suis pas intervenu, et de ce jour même a daté la défervescence. La malade se levait déjà et commençait à sortir quand j'ai fait le *premier pansement,* c'est-à-dire changé le Mickulicz, le 27me jour. La petite flèche de 39°1, qui survint le lendemain, est bien faite pour confirmer la thèse que je soutiens, et l'absence totale de réaction à la suite du second pansement, le 35me jour, quand la suppuration était franchement établie, semble en être le corollaire naturel.

Chez la malade opérée de kyste dermoïde du ligament large, qui n'avait pas été infectée et dont l'apyréxie avait été parfaite, le *premier pansement* n'eût lieu que le 32me jour. Ici encore il fut suivi d'une exacerbation thermique d'un degré, fait insignifiant, j'en conviens, mais venant toujours corroborer la même idée.

L'odeur dégagée par les malades dont le premier pansement est ainsi retardé peut être aisément atténuée en renouvelant souvent les parties *superficielles* du pansement.

En résumé, ces deux observations, les seules que j'ai eu l'occasion de recueillir jusqu'ici, confirment pleinement l'idée générale de cette communication, à savoir, que plus on retardera le *premier pansement* de Mickulicz, plus on mettra ses opérées à l'abri des infections secondaires.

Kyste dermoïde du ligament large. (Température rectale.)

41° 40 39 38 37

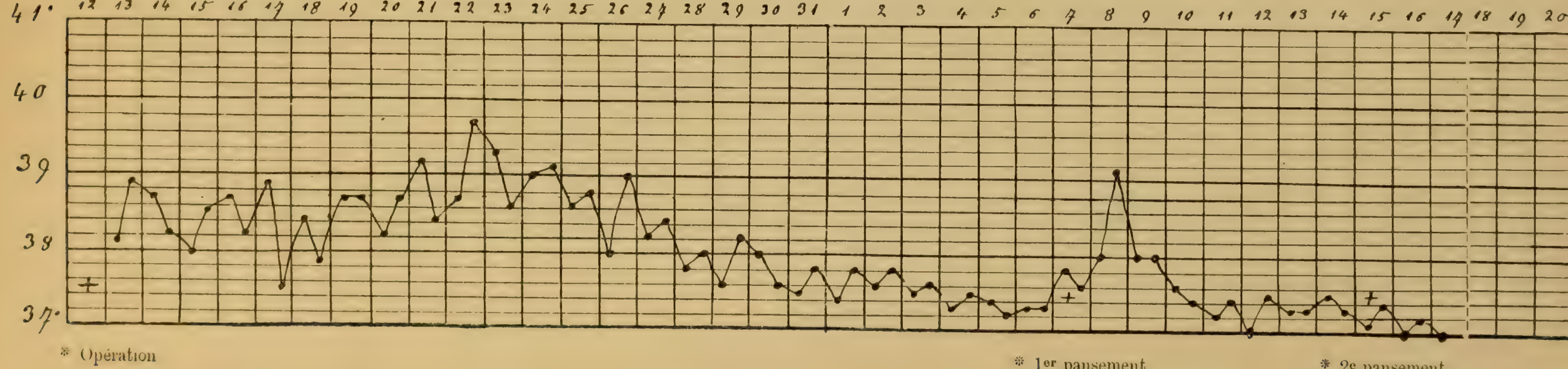
17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 Mai 1 2

* Opération

* 1er pansement 32e jour

* 2e pansement 37e our

Néphrectomie transpéritonéale. (Température rectale.)



L'EMPHYSÈME SOUS-MUQUEUX VAGINAL (COLPOHYPERPLASIE CYSTIQUE) ET SA REPRODUCTION EXPÉRIMENTALE

Par le Dr **A. L. Dupraz**, privat-docent à l'Université de Genève.

C. Braun et Schröder ont les premiers fait mention des kystes à contenu gazeux du vagin, mais sans les étudier spécialement. La première description en a été faite par von Winkel qui leur a donné le nom de colpohyperplasie cystique. Depuis lors, ces productions ont été le sujet d'études nombreuses de la part de plusieurs gynécologistes et anatomo-pathologistes.

Leur pathogénèse a donné lieu à des interprétations variées, mais je me bornerai à rappeler, dans les travaux antérieurs les points qui restent définitivement acquis. Je communiquerai ensuite les résultats auxquels je suis arrivé et qui m'ont permis de définir d'une manière complète les causes et la nature de cette affection.

Mon exposé sera limité aux kystes gazeux du vagin à l'exclusion de toutes les autres formations kystiques de cet organe, qui n'ont rien de commun avec eux.

Les travaux publiés jusqu'ici, ont, pour la plupart, établi que l'appareil lymphatique du vagin est le siège des kystes gazeux. Quelques auteurs ont cependant prétendu que ces formations se produisaient entre les mailles du tissu conjonctif; d'autres, Huckel, par exemple, sont d'avis qu'elles se développent aux dépens de glandes du vagin.

H. Chiari a démontré la présence d'un revêtement endothélial sur la paroi de ces kystes. Il a constaté qu'ils communiquent avec des vaisseaux lymphatiques voisins. De plus, il a, le premier, décrit des cellules géantes que remplacent quelquefois le revêtement habituel de la paroi.

Ces cellules permettent de reconnaître sûrement si le processus est intravital ou si c'est un phénomène de putréfaction. Malheureusement, la présence de ces cellules n'est pas un fait constant, mais d'autres caractères permettront tout aussi sûrement cette distinction.

Klebs et son élève Eisenlohr, de même que plus tard Camargo et

Winands, sont partisans du siège lymphatique de la colpohyperplasie kystique.

Les opinions varient aussi sur la nature du gaz. Zweifel pense que ce serait la triméthylamine qui se vaporise à une température bien inférieure à celle du corps; il l'aurait reconnue à son odeur caractéristique et par l'analyse chimique. Cette opinion n'est généralement pas admise : la plupart des auteurs sont d'avis que c'est simplement de l'air atmosphérique qui aurait pénétré dans le vagin par aspiration.

Je ne parlerai pas des différentes théories émises pour expliquer la nature de cette affection : la plupart d'entr'elles n'ont plus qu'un intérêt historique. La seule que je veux retenir ici est la théorie microbienne soupçonnée par Klebs et étudiée par Eisenlohr et Camargo. Les travaux les plus importants sont ceux d'Eisenlohr. Ils sont cependant imcomplets : l'inoculation des cultures aux animaux n'ayant jamais reproduit l'affection chez eux, la démonstration absolue de la vérité de sa thèse n'est pas faite.

En résumé, l'état de la question au moment où j'ai commencé mes recherches était le suivant : *La colpohyperplasie cystique était considérée comme une affection caractérisée par la présence dans l'appareil lymphatique du vagin de kystes à contenu gazeux d'une nature indéterminée à revêtement endothélial entremêlé de cellules géantes et d'une origine peut-être microbienne.*

Dans les coupes microscopiques, on constate, il est vrai, les lésions sus-mentionnées. Mais si l'on examine les vaisseaux lymphatiques au voisinage des kystes, on trouve dans leur lumière de grandes cellules polygonales, à gros noyaux, à protoplasma finement granuleux, qui obstruent la lumière du vaisseau et donnent aux coupes longitudinales l'aspect d'un boyau cellulaire. Les cellules à deux noyaux y sont très fréquentes. Ces cellules sont de l'endothélium tuméfié et en voie de reproduction : il y a donc, en ces points, de la *lymphangite proliférante*.

Quant aux gaz, je n'ai pas retrouvé la triméthylamine, mais par contre, de l'ammoniaque, de l'hydrogène sulfuré et de l'acide carbonique.

Quelle est la cause de ces productions? Dans les coupes colorées avec la solution de Löffler, on voit, répandus dans toute l'épaisseur de la paroi vaginale, tout aussi bien à une certaine distance des kystes que dans leur voisinage, mais toujours dans les lymphatiques, des amas de microorganismes qui forment des sortes d'embolies capillaires. La recherche en est facile :

Eisenlohr a constaté le premier leur présence et Camargo après lui. De cette constatation à penser à une relation de cause à effet, il n'y a qu'un pas et Eisenlohr l'a franchi. Je vous ai dit le résultat négatif de ses inoculations aux animaux. A côté d'autres, la raison principale est que Eisenlohr n'a pas isolé le microbe spécifique : celui-ci liquéfie la gélatine et celui-là ne la liquéfie pas. Cependant cette théorie est exacte. J'ai réusssi, après de longs tâtonnements, à reproduire des kystes gazeux du vagin chez la chienne même avec les cellules géantes qui revêtent non seulement leur paroi, mais qui se logent aussi dans les fentes du tissu conjonctif. Elles sont, à vrai dire, ni si nombreuses, ni si volumineuses que dans le vagin de la femme, mais elles sont très nettes. M. le professeur Zahn, dont la compétence vous est connue, a bieu voulu en vérifier la réalité. Ces cellules ne se trouvent pas dans les cas récents. Il faut à la maladie une certaine durée pour qu'elles apparaissent. Mais, ce qui ne fait jamais défaut, quand le processus est vital, c'est la lymphangite proliférante qui caractérise l'affection et se produit dès son début.

L'agent de cette maladie est un coccus ovalaire souvent groupé par deux, se cultivant bien dans tous les milieux habituels. Il liquéfie la gélatine lentement, en cupule et donne lieu sur l'agar à un abondant développement de gaz. J'ai recueilli ceux-ci sur la cuve à mercure et les ai trouvés composés comme ceux des kystes du vagin. Il coagule le lait.

Comme vous le savez, cette affection se trouve aussi dans la vessie et l'intestin. L'anatomie pathologique en dit l'unité absolue, notée déjà comme probable par H. Chiari après la communication de Bang et affirmée par Klebs. La bactériologie confirme ce fait de la façon la plus éclatante : les cultures prises dans l'intestin et inoculées dans le vagin y font apparaître la colpohyperplasie cystique.

La présence de la même maladie dans différents organes nous amène à nous demander s'il n'y a pas lieu d'utiliser un terme plus générique que celui de von Winkel. Eisenlohr a adopté l'appellation d'*emphysème sous-muqueux,* qui permet de réunir toutes les manifestations de la maladie dans une appellation commune. A notre avis, ce terme est excellent et nous paraît devoir remplacer l'appellation généralement usitée qui n'a de raison d'être qu'à cause de lésions secondaires. Il y aura ainsi une maladie unique, l'emphysème sous-muqueux dont le siège pourra être vaginal, vésical, intestinal, etc.

La pénétration du coccus dans l'organisme se fait non par voie

sanguine, comme l'a dit Eisenlohr, mais par pénétration directe à travers la muqueuse. La répartition des microorganismes dans les couches différentes du vagin le prouve. Les ecchymoses sous-muqueuses, sur lesquelles Camargo a insisté — peut-être pas assez fortement — sont des portes toutes ouvertes à l'invasion du microbe.

Où celui-ci habite-t-il hors de l'organisme ? Je ne suis pas encore tout à fait fixé sur ce point, mais il est probable qu'il s'agit d'un saprophyte de l'eau ? Comment expliquer autrement la présence de la même maladie chez le porc, chez lequel elle est fréquente et où je l'ai aussi étudiée.

Au point de vue pratique, il est bon de noter que ce microbe n'est pas pathogène et que les animaux le supportent très bien : il faut les abattre pour recueillir les pièces à examiner.

Voici donc la conclusion de mes recherches, *l'emphysème sous-muqueux vaginal (colpohyperplasie cystique) est une lymphangite proliférante avec formation de kystes à contenu gazeux. Elle est due à un microbe spécial dont je n'ai pu retrouver jusqu'ici le semblable dans les espèces déjà connues.*

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PROLAPSUS GÉNITAUX

Par le Dr **Mangin** (de Marseille).

La question des prolapsus génitaux à l'ordre du jour dans une autre enceinte nous a fait penser que si les chirurgiens sont encore à la recherche d'un bon procédé de guérison de ces affections, les gynécologues doivent être eux aussi quelque peu partagés sur cette question.

Ayant opéré depuis quelques années un assez grand nombre de prolapsus nous avons pensé pouvoir vous intéresser en vous apportant les résultats de nos observations se basant sur 192 cas.

Laissant de côté ici les traitements médicaux et orthopédiques qui ne donnent rien de sérieux, nous en viendrons de suite à la critique des divers procédés opératoires que nous avons employés et indiquerons ceux qui nous donnent actuellement les meilleurs résultats.

Nous rangerons d'abord nos malades en deux catégories : dans la première les malades jeunes désirant conserver leurs organes dans toute leur intégrité ; dans la deuxième les malades âgées ou veuves sans espoir de se remarier, malades dont la vie génitale est terminée.

Aux malades de la première catégorie nous avons appliqué à peu près tous les procédés en vogue depuis quelques années : colporrhaphies diverses, de *Simon,* de *Sims*, d'*Emmet,* de *Doléris*, de *Hégar*, etc., périnéorrhaphies d'*Emmet,* de *Lawson-Tait*, etc., raccourcissement des ligaments ronds, hystéropexie abdominale ou vaginale, seuls ou combinés, sans toutefois sacrifier à l'hystérectomie vaginale qui nous a toujours paru une opération irrationnelle et hors de proportion avec l'infirmité à traiter.

Au début nous recherchions la suspension de l'utérus par les ligaments ronds, sans insister suffisamment sur le rétrécissement du vagin, arrêtés que nous étions par la crainte d'amener des difficultés à l'accouchement en cas de grossesse.

Quelques exemples d'accouchements faciles à travers des vagins fortement rétrécis (sans tissu cicatriciel) nous ont enlevé toute crainte, aussi avons-nous été amenés à considérer, après quelques échecs par défaut de rétrécissement du vagin, les soutiens vaginal et périnéal comme de beaucoup supérieurs aux autres.

L'opération d'Alexander et l'hystéropexie comme complément des opérations plastiques nous ont semblé superflues dans la plupart des cas, et doivent être réservées, à notre avis, aux malades à tissus flasques, sans soutien musculaire, malades chez lesquelles le rétrécissement du vagin ne donne pas de résultat durable lorsqu'il est employé seul.

Ayant constaté que le plus souvent lorsque nous pratiquions l'amputation large du col, l'utérus se fixait en antéversion, qu'au contraire lorsque nous respections cet organe, l'utérus redescendait avec une facilité extrême, nous en sommes venus à pratiquer *systématiquement l'amputation du col, même non malade* dans tous les cas de prolapsus, non seulement pour alléger l'utérus, mais aussi pour faciliter son involution et amener une rétraction des ligaments larges.

La *colporrhaphie antérieure* nous a semblé avoir une importance extrême, c'est elle qui est chargée de tendre les ligaments larges et de suspendre le col ; faite par les procédés de *Sims*, d'*Emmet*, de *Simon,* elle nous a toujours donné des résultats insuffisants. Par le

procédé de *Doléris,* nous avons obtenu un raccourcissement du vagin, ce qui nous a semblé empêcher parfois l'antéversion de se produire.

Nous donnons la préférence au procédé de *Hégar* légèrement modifié ; avivement trapezoïdal très large, à petite base au voisinage de l'urèthre, la grande base au niveau du col, et comprenant toute sa largeur, sutures transversales profondes et superficielles avec des crins de Florence.

Autrefois nous avivions simplement la face vaginale de la vessie, actuellement nous la refoulons systématiquement dans tous les cas sur une longueur de 2 centimètres et demi de façon à obtenir une plus grande fixité du col en avant. Jamais nous n'ouvrons le cul-de-sac antérieur du péritoine ; dans les cas de rétroversion nous décollons seulement la partie antérieure de l'utérus sur une longueur plus grande et fixons l'utérus par le procédé de Mackenrodt, première manière.

Les résultats obtenus par ce procédé nous ont semblé beaucoup plus parfaits, la sangle formée par la tension des ligaments larges et des parties latérales du vagin attirées en avant du col maintient celui-ci très élevé et en antéversion fixe.

Nous attachons aussi une grande importance à la *colporrhaphie postérieure* et à la *périnéorrhaphie.* Nous reprochons aux divers procédés de ne pas rétrécir assez le fond du vagin et d'un autre côté de raccourcir cet organe.

Actuellement nous faisons un avivement en forme de trapèze à petite base près du col et à grande base vulvaire. Cet avivement est plus ou moins largement fait suivant la quantité d'étoffe du vagin. Les sutures sont faites transversalement. Nous cherchons à obtenir un rétrécissement tel du vagin que l'on puisse tout juste passer l'index une fois les sutures en place, ce qui donnera après guérison un vagin de 3 centimètres de diamètre. *C'est là le point essentiel.*

Nous obtenons de cette façon une très large surface de soutien, nous en augmentons encore la force de résistance en rétrécissant fortement la vulve, nous attachant à mettre surtout les points de suture intérieurement de façon à laisser au vagin toute sa longueur ; le nouveau périnée est ainsi très solide et très étoffé.

L'avivement se fait par décollement ou aux ciseaux, nous donnons actuellement la préférence à ce dernier procédé qui est cependant plus long, mais n'enlevant qu'une partie de la muqueuse, il donne plus de prise aux sutures qui ne coupent pas aussi facilement les

tissus sous les efforts de vomissements. Pour ce faire les ciseaux de Bouilly sont parfaits.

Ce procédé nous a suffi dans la plupart des cas et nous a donné des résultats durables que les accouchements ultérieurs n'ont pas détruits.

Nous avons échoué, il est vrai avec des malades à tissus flasques, mais dans ces cas bien souvent tous les procédés sont mauvais. Nous citerons comme exemple l'observation d'une de nos malades, maigre, chétive, chez laquelle une élytrorrhaphie accompagnée d'Alexander avait guéri un prolapsus complet, celui-ci se reproduisit à la suite d'un accouchement, une hystéropexie faite par un autre chirurgien donna un succès de quelques semaines, puis les adhérences à la paroi abdominale se relâchèrent, et la malade revint nous voir avec son utérus à la vulve et une forte éventration.

Chez les malades à tissus peu résistants nous laissons maintenant les fils profonds pendant un temps très long et obtenons des brides cicatricielles qui ajoutent à la solidité du soutien vaginal ; les grossesses dans ces cas sont à éviter.

Aux malades de la 2[me] catégorie, malades dont la vie génitale est terminée, nous avons toujours appliqué le cloisonnement du vagin par le procédé de *Lefort* légèrement modifié, nous n'avons eu à enregistrer que des succès durables.

La modification porte sur la largeur des surfaces avivées et sur le rétrécissement de la vulve, ayant reconnu que l'avivement de 2 centimètres était insuffisant pour former un soutien solide, et que d'un autre côté la vulve laissée béante amenait à la longue un abaissement en masse avec tiraillements de la vessie et phénomènes douloureux de ce côté.

Nous pratiquons de la façon suivante le cloisonnement du vagin : avivement antérieur partant de 1 centimètre du col jusqu'à 2 centimètres du méat, sur une largeur de 3 à 4 centimètres suivant la quantité d'étoffe du vagin. En arrière avivement semblable partant à 1 ou 2 centimètres du col descendant vers la vulve. Il reste de chaque côté une bande de 4 à 5 centimètres au maximum de muqueuse non avivée qu'une fois la réunion faite formeront deux canaux laissant à peine passer le petit doigt.

S'il y a métrite du corps et du col on fait les opérations d'usage : curettage, amputation du col ; puis on fixe sur le col à droite et à gauche au moyen d'un point de catgut un drain de moyenne grosseur pour faciliter les lavages ultérieurs.

La réunion des surfaces avivées se fait au catgut près du col à points séparés, en surjet au milieu pour maintenir l'affrontement, au crin de Florence à points séparés sur les côtés.

La paroi postérieure étant toujours plus longue que l'antérieure, le cloisonnement s'arrête à 2 ou 3 centimètres de la vulve; on fait alors un large avivement trapézoïdal à grande base vulvaire. Par des points en bourse on rétrécit très fortement la vulve reportant son ouverture très en avant, on refait ainsi un périnée très long, étoffé qui soutient admirablement le vagin cloisonné. Lavages antiseptiques par les tubes qui tombent vers le 12e jour, enlèvement des fils périnéaux le 8e, des fils profonds à partir du 15e.

La malade se lève le 10e jour, elle urine seule dès le premier.

Cette opération très peu douloureuse peut se faire sans endormir les malades, la cocaïne suffisant. Du reste l'emploi du chloroforme est souvent contre-indiqué pour une opération aussi longue chez les personnes âgées dont le cœur et les reins laissent si souvent à désirer. Quand on opère les femmes obèses et âgées il est prudent de les faire lever dès le 2e jour de façon à éviter des phénomènes congestifs du côté du cerveau.

Arrivons maintenant à notre statistique : nous sommes intervenus pour :

Prolapsus complet 52 fois.

Par le cloisonnement du vagin 17 fois, 17 succès, les premiers moins parfaits.

Par élytrorrhaphie et périnéorrhaphie avec amputation du col, seules ou combinées à l'opération d'*Alexander* 7 fois, combinées à l'hystéropexie abdominale 2 fois. 35 cas. — 26 guérisons, 5 améliorations, 4 insuccès.

Les 14 derniers cas ont donné 14 guérisons. — 6 grossesses.

Prolapsus moyen (utérus à la vulve) traités par élytrorrhaphie, amputation et fixation du col en avant, périnéorrhaphie.

105 cas, 91 guérisons, 14 résultats incomplets dus presque tous à ce que le col n'avait pas été amputé, étant sain.

Dans les 30 derniers cas, 29 guérisons, 1 seul retour un peu sérieux d'abaissement chez une malade neurasthénique à tissus peu résistants.

16 grossesses. Accouchements normaux.

Prolapsus au 1er degré, 35 cas, 35 guérisons de l'abaissement.

5 malades souffrent encore, mais de lésions des annexes.

11 grossesses.

La proportion des grossesses, 33 cas observés, doit être calculée sur environ 50 opérées, les autres ayant dépassé la ménopause ou avouant éviter de nouvelles grossesses.

Nous n'avons pas observé de mortalité opératoire, une seule de nos malades a succombé 27 jours après son opération au réveil d'une ancienne affection rénale, localement elle était guérie et n'avait jamais présenté le moindre symptôme d'infection.

Comme conclusion nous dirons que le cloisonnement ou le rétrécissement du vagin suffisent à presque tous les cas de prolapsus; lorsqu'on peut prévoir un échec par manque de résistance des tissus, il sera prudent d'ajouter l'opération d'*Alexander* ou l'hystéropexie abdominale.

LE MASSAGE DES OVAIRES

Par **M. A. Woskressensky**, Privat-docent de Gynécologie à l'Université de Kieff, Russie.

Mesdames et Messieurs,

J'ai l'honneur de vous présenter le résultat de mes expériences sur le traitement par le massage des maladies de l'ovaire, que j'ai fait cette année sur plus de cent malades dans mon propre hôpital et dans celui de la comtesse Ignatieff à Kieff. Tous ces cas étaient dûs à l'inflammation des ovaires, se présentant sous la forme de congestion de l'organe, de son augmentation de volume accompagnés d'une quantité de phénomènes réflexes dans tout l'organisme. En un mot il s'agissait d'*oophorite chronique*. J'ai choisi les cas qui n'étaient pas compliqués de maladies des trompes et du paramétrium ; les maladies de la matrice, qui accompagnent presque toujours les maladies des ovaires ne pouvaient assurément être éliminées. Les affections utérines accompagnant celle des ovaires étaient principalement : la congestion de la matrice avec ulcérations du col et son déplacement. La méthode du massage était différente selon la gravité de la maladie. Dans les cas aigus avec fièvre, c'est-à-dire avec une température au-dessus de 38 degrés le massage n'avait pas lieu. Dans les cas sub-aigus, lorsque par la palpation on constatait que l'ovaire est tuméfié, mou, qu'il présentait des contours indécis, et que la température ne dépassait

pas 38 degrés, je commençais le massage par le pétrissage du ventre, ensuite le doigt introduit dans le vagin et les extrémités des doigts de l'autre main placés sur le ventre produisaient le massage de l'ovaire sans exercer de pression. De cette manière le massage s'opérait principalement tout autour de l'organe malade par des mouvements dans la direction de la matrice. La séance se prolongeait cinq minutes et se terminait par un léger pétrissage du croupion. Après le massage on faisait une injection tiède avec un liquide désinfectant, puis la malade restait au lit pendant au moins une heure. Pour les cas chroniques lorsque par la palpation on constatait que l'ovaire est agrandi, dur, avec des contours marqués, le massage se faisait plus fortement, sous la pression de deux doigts introduits au vagin. L'autre main placée sur le ventre pressait et faisait le pétrissage de l'ovaire fixé de cette manière. La séance du massage commençait ordinairement par le pétrissage du corps de la matrice durant quelques minutes, ensuite par celui de l'ovaire même pendant cinq minutes et quelquefois davantage, et se terminait par un fort pétrissage du croupion et par la gymnastique des cuisses. La malade devait rester au lit, après l'injection, plus d'une heure. Dans tous les cas de massage des ovaires je préfère pour y habituer les malades commencer ainsi qu'il suit : Les 1re, 2me, 3me et 4me séances se font si doucement que les malades ne ressentent aucun malaise de ces manipulations. C'est aussi important pour inspirer aux malades la confiance en cette méthode de traitement que pour pouvoir augmenter peu à peu la force des mouvements sans produire aucun phénomène réflexe subséquent. La durée du massage est, en général, de un jusqu'à deux mois et dans quelques cas il devra être continué plus longtemps. Parmi mes malades il n'y en pas une seule qui n'ait pu supporter le massage, au contraire j'en ai remarqué l'action calmante sur tout l'organisme. Tous les phénomènes réflexes se calmaient visiblement et il arrivait souvent qu'après une dixaine de séances de massage les malades disaient qu'elles se sentaient bien.

En général les résultats de mes expériences peuvent se résumer en ce qui suit :

Dans les cas sub-aigus on obtient assez vite l'amélioration de l'état des organes malades, la diminution de l'enflure et le rétablissement complet.

Dans les cas chroniques la diminution de l'enflure de l'organe malade ne s'opère pas si vite, et il survient assez souvent des accerbations temporaires suivies bientôt d'un prompt soulagement et

quatre-vingts pour cent des malades arrivent à la complète guérison. Les autres vingt pour cent sont soulagés et il faut répéter le traitement du massage pendant un temps prolongé.

Dans plusieurs cas j'ai pu remarquer pendant le massage une prompte diminution du volume de l'ovaire et une poussée aiguë momentanée. J'explique cela ainsi : par le pétrissage de l'ovaire, la vésicule Graaf, augmentée de volume, crevait subitement. De cette manière on peut admettre que le massage doit aider au processus de l'ovulation.

L'influence du massage sur les règles était dans tous les cas favorable, les règles douloureuses et irrégulières devenaient régulières et se passaient presque sans douleur, la quantité de sang perdu à ce moment diminuait et il n'était pas accompagné de caillots. Ce qui s'explique en général par l'action du massage sur le système circulatoire des ovaires et de la matrice.

Ne vous présentant pas les observations des maladies, qui ne pourraient rien ajouter à ce qui vient d'être dit, je me bornerai à me résumer dans les propositions suivantes :

1° Le massage des ovaires amène un grand soulagement et guérit souvent les affections de cet organe.

2° Les névroses qui accompagnent les maladies inflammatoires des ovaires disparaissent souvent par le seul traitement du massage.

3° Le massage agit favorablement sur les règles irrégulières dépendant des maladies des ovaires.

4° Le massage des ovaires doit aussi produire une action favorable sur la régularité de l'ovulation.

5° Avant d'opérer une tumeur ovarienne dont le diagnostic n'est pas certain, il faut essayer le massage.

ZUR KENNTNISS DER PERISTALTIK DER TUBA FALLOPII.

Von Prof. Dr. **Otto Engström** (d'Helsingfors).

Unsere Kenntnisse über die Funktionen der Tuba Fallopii sind sehr unbefriedigend. Die Beobachtungen und Erfahrungen zur Physiologie der Tuben betreffen nämlich meistens Säugethiere, sehr

wenig das menschliche Weib. Besonders sind die Kenntnisse über die peristaltischen Bewegungen der Eileiter und ihre Einwirkung auf dem Ei und den Spermatozoen sehr lückenhaft. Durch direkte Beobachtungen ist gewiss an Thieren dargethan, dass peristaltische Bewegungen nach den Ovarien hin fortschreiten. Indessen wird es angenommen, dass wie beim Darm peristaltische Bewegungen auch der Tube in zwei entgegengesetzten Richtungen möglich sind. Und es mag so sein. Bis jetzt ist allenfalls diese Frage zu ungenügend beantwortet.

Darum sind Beobachtungen über die Wirksamkeit der Tuben auch unter pathologischen Verhältnissen von Bedeutung und können zur Aufklärung der physiologischen Funktionen beitragen. Also will ich hier Ihnen ein Endresultat peristaltischer Bewegungen der Tubenmuskulatur vorstellen.



Das Präparat, wovon ich Ihnen eine genaue Zeichnung vorlege, stammt von einer 37jährigen Patientin, die ich am 21. Juni d. J. durch Laparotomie von einer doppelseitigen Tubenschwangerschaft befreit habe. Die ältere Eiimplantation war in der Ampulla der linken Tube geschehen. Und bei Untersuchung der exstirpirten Tube finden wir: Die Tube ist in ihrer ganzen Länge verdickt, etwa 9 cm lang und bildet in ihrem ampullären Theil eine abgerundete Anschwellung von 4—5 cm. Diameter. Infundibulum ist geschlossen und von Fimbrien nichts zu sehen. Aus dem beim Uterushorn durchgeschnittenem Lumen ragen die Enden zweier embryonalen Rippen aus. Beim Eröffnen des angeschwollenen ampullären Theils findet man eine Höhle, die Reste eines skelettirten Embryo enthaltet. Und bei Durchschneiden der Wand des mittleren Theils der Tube findet man in der ganzen Längsausdehnung des

Tubenlumens an- und nebeneinander Rippen. Bei der gleich nach der Exstirpation vorgenommenen Untersuchung findet man in der Tube keine Cilien und später die Epithelzellen nirgends gesund, sondern sie sind meist verloren gegangen. Die Tubenmuskulatur ist verdickt und sehr wenig von pathologischen Processen angegriffen.

Die Deutung der stattgefundenen Processe ist ziemlich leicht.

Da die Schwangerschaft im ampullären Theil der Tube eintrat, so waren die Zellen der Tubenschleimhaut möglicherweise noch wimpernd. Aber unter den nekrotischen Processen des Eies, welche zur Skelettirung des Fötus führten, gingen wohl die Cilien schon früh zu Grunde und wurden, wie die Untersuchung gleich nach der Operation zeigte, nicht regenerirt. Dagegen blieb die Muskulatur wenigstens nicht im höheren Grade beschädigt. Und da die Rippen des verstorbenen Embryo von ihrem normalen Zusammenhang gelöst wurden, so kamen sie unter die Wirkung der Tubenmuskulatur und wurden allmählig in der Richtung gegen die Gebärmutter getrieben; also durch peristaltische Bewegungen.

Nur in dieser Weise kann man wohl die Erscheinung von nach- und nebeneinander bis an die Tubenecke des Uterus gelagerten Rippen erklären.

INCONTINENCE D'URINE DANS LES PROLAPSUS UTÉRINS AU DÉBUT. — SON TRAITEMENT OPÉRATOIRE

Par le Dr **André Boursier**, Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté de Bordeaux.

Parmi les phénomènes fonctionnels auxquels peuvent donner naissance dès leur début, les prolapsus génitaux, il faut faire une large part aux troubles urinaires qui souvent se montrent en même temps que les premières douleurs vagues, les premiers signes de métrite, et qui parfois aussi constituent à eux seuls les symptômes initiaux. Dans un certain nombre de cas, le fait est aujourd'hui connu de tous, la malade vient se plaindre de troubles urinaux sans se douter qu'elle porte un abaissement utérin qui les cause et que l'examen direct permet seul de découvrir.

D'autre part les auteurs insistent avec raison sur ce fait qu'il n'y a pas de relation exacte entre le degré des lésions et l'intensité des phénomènes fonctionnels et que ce ne sont pas les désordres les plus accentués qui donnent lieu aux troubles les plus marqués. Souvent les malades souffrent beaucoup avec un déplacement des plus minimes.

Ces particularités existent aussi bien pour les troubles urinaires que pour les autres signes fonctionnels. Les plus fréquents durant cette première période de la maladie sont les phénomènes de polyurie et de pollakiurie de cystalgie et de cystite véritable. Dans quelques cas on trouve même de l'incontinence d'urine et c'est de cette dernière que je désire vous entretenir.

L'incontinence d'urine que l'on observe au début du prolapsus se présente avec des caractères chroniques particuliers. Ainsi que le dit M. Comar, dans sa thèse [1], on rencontre tantôt de fausses incontinences tantôt de l'incontinence vraie. Dans les premiers on signale deux types : ou bien la vessie peut retenir l'urine mais l'excitabilité vésicale est telle qu'au moindre effort, à la moindre fatigue l'urine s'écoule involontairement ; ou bien les malades éprouvent très souvent un besoin très impérieux d'uriner et sont obligées d'y satisfaire immédiatement sinon l'urine s'échappe malgré leurs efforts pour la retenir. Enfin, il y a de l'incontinence vraie, c'est-à-dire que quelques malades perdent leur urine incessamment s'apercevant seulement qu'elles sont mouillées.

Quelle que soit la forme vraie ou fausse de cette incontinence, elle a pour caractère constant de ne pas se produire dans le décubitus dorsal. C'est donc toujours une incontinence diurne, se manifestant dans la station debout, c'est-à-dire quand le prolapsus produit son maximum d'effet mécanique. Elle est exagérée par la marche, par la fatigue, par le phénomène de l'effort et principalement par le besoin de toux, les accès de rire, etc. Dans les cas les plus légers cela ne peut se montrer que pendant l'effort.

Dans les deux observations que j'ai l'honneur de vous présenter on observe deux types différents de cet accident. Dans le premier, la malade qui avait déjà ressenti les douleurs et les tiraillements lombaires du prolapsus présentait une pollakiurie très intense et perdait ses urines dans la station verticale, pendant la marche, dans

[1] *Contribution à l'étude des troubles urinaires dans le prolapsus vagino-utérin* (Paris 11 juillet 1895).

la station accroupie. Cette incontinence exagérée par l'effort disparaissait pendant le repos au lit, et la nuit, à part les fortes crises de toux, elle n'avait jamais ni envie d'uriner ni incontinence.

Chez la seconde malade nous trouvons plutôt un exemple d'incontinence vraie. Le prolapsus qu'elle présente est consécutif à de nombreux accouchements. Elle avait à peine quelques légères pertes blanches, et ne ressentait aucun des signes du prolapsus quand il y a un an environ, elle s'aperçut qu'elle perdait ses urines lorsqu'elle marchait beaucoup et se fatiguait. Peu à peu cette incontinence s'est développée ; elle est devenue constante dans la station verticale, la marche, l'effort, etc. Comme dans le cas précédent, elle disparait totalement dans la position couchée, sauf dans les grandes crises de toux où elle perd quelques gouttes d'urine. Enfin, les phénomènes de cystite ne sont apparus que dans ces derniers mois, c'est-à-dire bien après l'incontinence.

Mais quelle que soit la forme clinique de cette incontinence, elle semble toujours dépendre d'une seule et même cause et parait devoir être rattachée aux incontinences d'origine uréthrale. On peut en effet la comparer à celle qui se montre après la guérison de certaines fistules vésico-vaginales et qui, comme le dit Pozzi, sont dues « à la perte de tonicité par l'effet de la désuétude du sphincter vésical et des fibres musculaires de l'urèthre. » En effet cet accident ne peut être attribué à l'effet mécanique du déplacement vésical, car celui-ci est à ce moment insignifiant et les incontinences amenées par les grandes cystocèles sont plus rares et offrent un mécanisme tout différent.

D'un autre côté l'existence de tiraillements et de lésions de l'urèthre paraît indispensable dans nos deux observations. Dans la première la malade qui a subi dix applications successives de forceps a eu une déchirure du col, du cul-de-sac vaginal gauche et de toute la paroi gauche du vagin ainsi que de la majeure partie du périnée. Il est donc tout naturel d'admettre que dans un traumatisme aussi considérable le canal de l'urèthre ait été fortement tiraillé et peut-être partiellement déchiré. Quant à notre seconde malade elle présente une sorte de ptose généralisée à la suite de très nombreuses parturitions : elle a fait cinq accouchements à terme et sept fausses couches. Outre un relâchement très marqué de la paroi abdominale avec éventration sous-ombilicale on trouve un périnée très partiellement déchiré, un vagin très lâche, un peu de cystocèle et de rectocèle et un orifice urèthral largement ouvert. Il est certain que l'urèthre entrainé

par la paroi vaginale antérieure et les nombreux tiraillements qu'il a subis a perdu en grande partie sa tonicité.

Il semble donc tout naturel en face de faits de ce genre, de chercher à corriger cette incontinence de cause urèthrale à l'aide d'une des opérations imaginées dans ces derniers temps pour remédier aux lésions de ce genre. Ces opérations sont nombreuses et dans son mémoire des *Archives Cliniques de Bordeaux* (janvier 1892) mon collègue et ami Pousson les divise en trois méthodes :

1° la méthode de dérivation du cours de l'urine ;

2° la méthode de resserrement simple de l'urèthre dilaté par excision du septum uréthro-vaginal ;

3° la méthode de resserrement du canal par déviation, torsion, allongement de son axe, soit seuls, ou combinés.

Je ne m'arrêterai pas à vous décrire les nombreux procédés que l'on trouve dans chaque méthode, je vous dirai simplement un mot de celui qui a été imaginé par Pousson et qui n'est du reste que la combinaison du procédé de Duret (incurvation de l'axe de l'urèthre, relèvement du méat, allongement de la paroi postérieure et de celui de Gersung (torsion du canal). C'est ce procédé qui a été mis en usage par Pousson et moi chez la première de mes malades. Voici en quoi il consiste. Une grosse bougie étant mise dans l'urèthre on circonscrit le canal par une incision circulaire à un demi-centimètre de l'orifice : puis on dissèque le canal sur l'étendue d'un centimètre et demi environ. Cela fait on incise verticalement les tissus du vestibule jusqu'à la base du clitoris. La bougie retirée on fait exécuter à la partie disséquée une torsion sur son axe de près d'une demi-circonférence, puis l'attirant en haut et en avant, on le fixe par une série de points de suture dans l'angle supérieur de l'incision verticale. On ferme le reste de la plaie avec quelques points de catgut fin.

Voici l'observation de la malade :

Observation I. — Endométrite, prolapsus au début avec incontinence d'urine. Curettage avec amputation du col. Colpopérinéorrhaphie. Opération de torsion uréthrale. Guérison.

Madame V., 31 ans, tailleuse, habitant Bordeaux, se présente pour la première fois à la Clinique Gynécologique de la Faculté le 12 juillet 1894 parce qu'elle éprouve quelques douleurs dans le ventre et dans les reins. Réglée pour la première fois à 13 ans, elle a toujours eu une menstruation régulière. Mariée à 30 ans elle a commencé, deux mois après son mariage, à souffrir de douleurs lombaires et de

coliques, avec des pertes glaireuses épaisses, souvent teintées de sang. La miction est parfois douloureuse; la constipation est opiniâtre. Elle entre alors à l'Hôpital St-André, où, après un séjour d'un mois, elle vit disparaître ses douleurs à la suite d'applications prolongées de glace sur le ventre.

Quelques jours plus tard, 12 juillet 1894, elle vient à la Clinique : Sur l'influence de la marche les douleurs ont reparu, elle a des pertes blanches épaisses et assez abondantes. Sa constipation a reparu.

A l'examen, on constate de l'endométrite avec une légère rétrodéviation.

Au bout de quelques semaines, le traitement par les crayons intra-utérins est interrompu par le début d'une grossesse. Celle-ci se passe très normalement. La malade accouche le 28 avril 1895 chez une sage-femme de la ville, mais sa délivrance nécessite dix application successives de forceps.

Ces tentatives ont été si malheureuses qu'elles ont amené une déchirure très vaste du col, du cul-de-sac gauche du vagin et de toute la paroi vaginale gauche jusqu'à la vulve ainsi qu'une rupture incomplète du périnée. On fit immédiatement une suture périnéale qui n'a pas tenu. La plaie qui occupe toute la paroi gauche du vagin et la déchirure périnéale s'est à peu près cicatrisée sous l'influence de pansements au sublimé.

Quand nous la revoyons six mois plus tard (février 1896) elle demande à entrer à l'hôpital.

A ce moment elle se plaint de douleurs lombaires très intenses qui sont exagérées par la marche, sans que le repos les calme toujours, et s'accompagnent d'irradiations dans la fosse iliaque gauche et dans les cuisses.

Elle sent un poids gênant au périnée et souffre en outre d'envies constantes d'uriner dans la station debout, pendant la marche ou dans la position accroupie. Ces phénomènes qui se reproduisent pendant l'effort, la toux etc., disparaissent complètement quand la malade est couchée et la nuit, sauf pendant les fortes crises de toux elle n'a jamais ni envie d'uriner ni incontinence. En outre il y a environ un mois les mictions étaient très douloureuses surtout à la fin; depuis lors ces douleurs se sont calmées mais sa constipation et ses pertes blanches persistent.

L'examen direct donne les résultats suivants. La palpation ne procure que des renseignements très incomplet grâce à l'épaisseur des

parois du ventre. Cependant la pression est douloureuse au niveau de la fosse iliaque gauche. Le périnée est assez largement déchiré à gauche de la colonne postérieure du vagin. On trouve une cystocèle très apparente avec un certain degré de rectocèle. L'utérus est aussi un peu abaissé : le corps est en rétrodéviation légère, le col largement déchiré dans ses deux commissures. Le doigt suit nettement tout le long de la paroi vaginale gauche, la cicatrice de la déchirure signalée plus haut, et au niveau du cul-de-sac vaginal gauche on sent en arrière de cette cicatrice un noyau d'induration inflammatoire très sensible mais assez limité. Les annexes sont difficiles à saisir. L'hystérométrie très facile et non douloureuse donne un diamètre vertical utérin de 6 centimètres.

Nous sommes donc en présence d'un début de prolapsus avec un commencement de rectocèle et de cystocèle et une incontinence d'urine.

Le 12 février 1896. Après six jours de repos au lit la malade souffre beaucoup moins : le noyau inflammatoire situé dans le cul-de-sac vaginal gauche a disparu. Mais les phénomènes persistants d'incontinence d'urine nous décident à intervenir.

Le 21 février. Après dilatation préalable de l'utérus je fais un curettage aussi complet que possible suivi d'une amputation du col. En même temps je pratique une large colpopérinéorrhaphie (procédé de Doléris).

Craignant enfin qu'il soit imprudent de ne pas essayer de corriger opératoirement l'incontinence d'urine qui est la principale cause des souffrances de cette malade je fais avec l'aide de mon collègue et ami Pousson, et sous sa direction, la torsion de l'urèthre suivant le procédé qu'il a présenté à la Société de Chirurgie dans la séance du 6 avril 1892 et qui est une combinaison du procédé de Duret et de celui de Gersung. Drainage de l'utérus à la gaze iodoformée, pansement iodoformé de la périnéorrhaphie et de l'opération urèthrale. Une sonde à demeure en cautchouc rouge est mise dans la vessie.

24 février. Premier pansement, la température qui a atteint 38° le soir de l'opération est redevenue normale.

27 février. Deuxième pansement : le tampon vaginal de gaze iodoformée est renouvelé. On enlève la sonde à demeure pour éviter la cystite, mais la malade ne pouvant uriner seule, on est obligé de la sonder.

2 mars. Enlèvement des points de suture du périnée.

4 mars. La malade souffre, elle a un peu de fièvre probablement causée par une poussée de cystite : les urines sont très colorées et contiennent un peu de pus. Cependant la malade urine seule. Les jours suivants les phénomènes s'améliorent peu à peu laissant la malade en proie à une grande nervosité.

18 mars. Le périnée paraît en bon état, solide et très suffisant. Le col est en bonne situation presque complètement cicatrisé. L'opération uréthrale est tout à fait guérie.

La malade ne souffre plus et n'a plus d'incontinence d'urine ni en marchant ni pendant l'effort; elle quitte l'hôpital complètement guérie le 20 mars.

Environ un mois plus tard elle vient me remercier de l'avoir opérée et se trouve complètement guérie.

Le 7 août 1896. Elle revient, sur ma demande, me donner de ses nouvelles. Elle a encore quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche surtout après une marche prolongée. Mais elle ne souffre plus du tout en urinant et n'a plus d'incontinence sauf quelques gouttes dans les grandes crises de toux. Elle a beaucoup engraissé. Il m'est impossible de l'examiner car elle a ses règles.

Je n'ai pas besoin d'insister ici sur le bon effet de la correction uréthrale persistant au bout de six mois, et il est permis de considérer cette observation comme un cas de guérison.

Cependant, en France du moins, la plupart des chirurgiens n'ont pas adopté cette manière de faire. Dans aucun des traités classiques de gynécologie il n'est question des opérations destinées à corriger l'incontinence d'urine due au prolapsus; les auteurs pensent que la colporrhaphie antérieure faite largement suffit toujours. C'est l'opinion qui a été soutenue à la Société de Chirurgie en avril 1892 par S. Pozzi à propos de la communication de Pousson. Il accuse les opérations de correction uréthrale de ne donner que des résultats temporaires. « Dans tous les cas de ce genre, ajoutait-il, je me con-
« tente aujourd'hui d'une large colporrhaphie antérieure, le résultat
« est plus sûr et plus prolongé..... En effet l'incontinence d'urine
« n'est qu'un épiphénomène de la chute du vagin et les opérations
« doivent surtout s'adresser à cette chute. » C'est la même opinion que l'on trouve soutenue dans la thèse de Comar. Il dit en effet dans ses conclusions : « Le seul traitement de ces troubles de la miction
« même dans les prolapsus légers est la restauration du vagin par la
« colporrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie. »

En présence d'observations aussi absolues je me décidais à tenter

le traitement chez la seconde malade que j'ai à vous présenter et dont voici l'observation.

Observation II. — Prolapsus génital au début avec incontinence d'urine vraie. Curettage avec amputation du col. Colpopérinéorrhaphie et large colporrhaphie antérieure. Guérison du prolapsus. Persistance de l'incontinence.

Madame Marie M., 39 ans, sans profession, habitant Valence, se présente à la clinique gynécologique de la Faculté de médecine le 27 avril 1896 se plaignant de douleurs dans le bas-ventre et de troubles urinaires.

Son histoire rend compte des phénomènes qu'elle présente. Les règles ont débuté à 13 ans, elles ont été souvent douloureuses, toujours régulières. Mariée à 21 ans, elle a fait 5 accouchements et 7 fausses couches. A 22 ans première fausse couche de 4 mois 1/2 suivie d'hémorrhagies assez abondantes pour amener une syncope. Elle garde le lit 15 jours et ensuite garde pendant quelque temps des pertes blanches. A 23 ans grossesse occasionnant un œdème marqué des membres inférieurs et terminée par un accouchement normal et à terme, suivi d'un séjour de 15 jours au lit. L'œdème disparut assez rapidement. A 26 ans second accouchement normal et à terme : la malade ne reste au lit que 8 jours. A 28 ans, 4e grossesse, accouchement normal et à terme : suites bonnes. De 31 à 35 ans elle fait une série de 6 fausses couches de 3 à 4 mois, toutes suivies d'hémorrhagies importantes mais qui n'ont tenu la malade au lit que 3 ou 4 jours. Enfin à 36 et 37 ans deux grossesses nouvelles terminées par des accouchements normaux.

A la suite de ces nombreuses parturitions la malade se portait bien malgré de légères pertes blanches glaireuses. Il y a un an et demi environ elle fut prise d'incontinence d'urine qui se montrait pendant la marche et disparaissait pendant le repos au lit. Cependant peu à peu cette incontinence est devenue plus accusée ; elle est constante pendant la station debout, la marche, l'effort, etc. Néanmoins à part quelques gouttes pendant les grands efforts, toux, rire, etc., la malade ne perd pas ses urines quand elle est couchée. En outre depuis quelque temps apparaissent des phénomènes de cystite, principalement des mictions fréquentes et douloureuses. La malade se plaint aussi de sensations de tiraillements dans les reins, de pesanteur dans le bassin et entre les jambes. Elle a quelques pertes blanches, reste très constipée et est devenue très nerveuse.

A l'examen on trouve un ventre en besace à paroi antérieure très

relâchée avec une éventration sous-ombilicale. La palpation est facile, non douloureuse, à peine un peu de sensibilité sur la ligne médiane au niveau du fond de l'utérus.

La vulve est béante, le périnée assez largement déchiré à droite et à gauche de la colonne postérieure du vagin. On constate une cystocèle assez marquée, le vagin est très lâche, il y a même un peu de rectocèle.

Au toucher, on trouve un col très notablement abaissé, de volume moyen, assez largement déchiré pour permettre l'introduction de l'extrémité de l'index. La lèvre antérieure très développée est le siège d'un ectropion étendu. Le corps utérin paraît d'un volume moyen, il est nettement antéfléchi. Le doigt provoque un peu de douleur dans le cul-de-sac vaginal gauche où l'on perçoit les annexes à peu près normales.

Au spéculum le col est rouge, ectropié. L'hystérométrie facile donne 7 centimètres et la direction de l'instrument confirme l'antéposition du corps.

La malade revient à la clinique les 9 et 16 avril pour se faire introduire des crayons intra-utérins au sublimé. Ne trouvant aucun soulagement par ce traitement, elle se décide à entrer à l'hôpital St-André dans mon service pour se faire opérer.

Le 6 mai 1896, après une dilatation préalable à la laminaire, je pratique un curettage utérin suivi, selon mon habitude, d'un large badigeonnage de teinture d'iode pure. Un crayon d'iodoforme est laissé dans l'utérus.

Je lui fais en outre une amputation du col (procédé d'Hégar) avec 12 points de suture au catgut, 8 autour de l'orifice et 4 commissuraux et de plus, une large colporrhaphie antérieure ovalaire à suture antéro-postérieure au catgut fort.

Enfin je termine par une colpopérinéorrhaphie étendue (procédé de Doléris) avec 6 points profonds au crin de Florence et quelques points superficiels au catgut.

Contrairement à ce que j'avais fait dans le cas précédent je ne fais pas la torsion uréthrale, obéissant ainsi aux affirmations de Pozzi [1] que dans ces cas d'incontinence la colporrhaphie antérieure suffit toujours.

Dans la journée qui suit l'opération la malade perd quelque peu ses urines dans son lit.

[1] *Société de Chirurgie,* avril 1892.

Dès le surlendemain 8 mai, cette incontinence a disparu. On change la gaze iodoformée qui bourrait le vagin. Le même pansement est renouvelé les 10 et 12 mai sans incidents. La malade va très bien, ne souffre pas en urinant, et n'a pas de fièvre.

Le 15 mai je retire les fils périnéaux qui commencent à couper. Le pansement vaginal est supprimé et remplacé par des injections.

Le 25 mai. La malade commence à se lever. Dès ses premiers pas, elle est reprise d'envies fréquentes d'uriner et si elle essaie d'y résister l'incontinence reparaît. La miction est légèrement cuisante.

Le 29 mai. La colporrhaphie antérieure est tout à fait cicatrisée sauf quelques petites érosions superficielles au niveau de quelques fils qui ont un peu coupé. Les troubles urinaires persistent.

3 juin. Le périnée tout à fait guéri est large et solide. Au repos, la malade n'a pas d'incontinence d'urine malgré un retour de cystite avec un peu de pus dans l'urine. A la marche envies brusques d'uriner, impérieuses et qu'il faut satisfaire immédiatement: la miction est toujours un peu douloureuse.

10 juin. Sous l'influence de capsules de térébenthine la cystite s'est amendée, la malade résiste plus longtemps aux envies d'uriner sans qu'il se produise d'incontinence. Elle quitte l'hôpital.

Elle revient à la consultation de la Clinique le 2 et le 9 juillet. Son périnée et son vagin sont en bon état. L'utérus maintenu en bonne situation ne descend pas pendant l'effort, et produit à peine une légère sensation de poids après une marche très prolongée. Mais l'incontinence d'urine est absolument revenue, avec les mêmes caractères qu'avant l'opération.

On voit donc que dans ce cas, malgré une très large colporrhaphie antérieure je n'ai obtenu aucune guérison de l'incontinence puisque cet accident a reparu dès que la malade a recommencé à quitter son lit et qu'elle est aujourd'hui ce qu'elle était avant l'opération, bien que celle-ci ait complètement corrigé les autres signes de prolapsus.

Il est permis de penser que si j'avais fait chez elle comme chez ma première malade une opération de torsion uréthrale, elle aurait aussi complètement guéri que celle-là.

J'ai donc le droit de conclure de la comparaison de ces 2 opérations dont le résultat est si différent, que l'opinion soutenu par MM. Pozzi et Comar est trop absolue et que dans certains cas d'in-

continence d'urine dus à un début de prolapsus il y aurait lieu de traiter opératoirement cet accident en pratiquant l'une des opérations de correction uréthrale.

Dans quels cas conviendrait-il d'opérer? Quand faudrait-il se borner à la colporrhaphie antérieure? Il est difficile de donner ici des indications très précises, mais je pense que la détermination à prendre doit se baser uniquement sur l'état de l'urèthre et le degré de ses lésions.

NOTES SUR LE TRAITEMENT MÉDICAL DE QUELQUES MALADIES DE L'UTÉRUS

Par le Dr **Francisco de Cortejarena**, de Madrid,
Membre de l'Académie royale de Médecine de Madrid.
Ancien Président et Président honoraire de la
Société gynécologique d'Espagne.

Mesdames et Messieurs,

Je vous demande la permission de vous lire quelques lignes sur le traitement médical de quelques maladies de l'utérus.

Je me suis déjà occupé dans la communication que j'ai eu l'honneur de présenter au Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles en 1892, de quelques exagérations chirurgicales que je croyais commises par la gynécologie moderne, à l'égard, non seulement des moyens d'exploration, mais aussi des traitements préconisés pour combattre la plupart des maladies spéciales de la femme. Quatre années se sont déjà écoulées, pendant lesquelles mes observations et mes expériences personnelles ont eu pour but de rechercher, si les idées que j'avais alors soutenu étaient fondées, ou si, au contraire, je devais les modifier, en me rangeant aux idées actuelles de la plupart des gynécologistes.

Je dois d'abord affirmer que, chaque jour, je suis davantage convaincu que j'avais raison en considérant exagérée, en certaine mesure, l'intervention de la chirurgie dans les traitements gynécologiques, et je me trouve bien heureux, de voir aujourd'hui l'opinion générale si profondément modifiée, que je n'aurai plus besoin d'insister sur

mes anciennes assertions, plusieurs savants gynécologistes soutenant les mêmes propositions que j'ai jadis défendues devant le Congrès de Bruxelles.

Le cathétérisme utérin n'est plus l'objet de discussions; même en admettant ses avantages incontestables, la convenance de son emploi ne se présente que dans certains cas déterminés, pas très nombreux d'ailleurs. On admet aussi que le raclage de l'utérus n'est pas souvent indiqué, et qu'il ne guérit l'endométrite de la muqueuse que passagèrement, et, rarement sans l'emploi d'autres traitements. D'autres praticiens affirment qu'on a produit des lésions de certaine importance avec la curette, par exemple, l'avortement, la perforation de la paroi utérine, et tout cela sans faire intervenir de brusques manipulations et malgré le plus grand soin, accidents dûs au peu de résistance du tissu utérin très modifié par diverses circonstances, telles que la puerpéralité, les anciennes inflammations et d'autres causes.

Plusieurs gynécologistes professent l'opinion que l'ovariotomie ne guérit pas toutes les maladies pour lesquelles elle a été autrefois recommandée, parce qu'on en a observé qui ont persisté malgré l'opération ou qui ont disparu sans opération. Enfin, on n'est plus aussi partisan de l'extirpation complète ou partielle de l'utérus, dans les cas d'affections cancéreuses, parce que bien des chirurgiens, ayant négligé le point de vue clinique, se sont persuadés des mauvais résultats de l'hystérectomie lorsqu'il s'agit d'un vrai cancer.

Après ces légers souvenirs, je veux exposer quelques idées qui sont le résultat de mes études pendant ces dernières années.

Je dirai d'abord que, pour le traitement des endométrites avec ou sans ulcérations, constituant le gros de la clientèle gynécologique, j'ai essayé les moyens les plus recommandés par les gynécologistes modernes et je suis arrivé à la même conclusion que j'avais déjà obtenu après une longue expérience, à savoir que les guérisons sont fréquentes sans le raclage utérin, quand même celui-ci paraitrait indiqué comme le seul traitement, et qu'il existe d'autres cas dans lesquels cette intervention de la chirurgie moderne ne donne aucun résultat définitif.

Pour obtenir la guérison, j'ai continué la pratique de toute ma vie, mais je dois avouer que l'effet de tous les pansements locaux a été plus actif après l'introduction dans ma pratique des injections vaginales d'eau chaude seule, ou tout au moins légèrement boriquée, ou additionnée de vinaigre ou de chlorure de sodium. J'ai

actuellement la certitude, que les injections vaginales faites avec toutes les précautions cliniques sont de précieux adjuvants pour seconder et favoriser l'action des médicaments, et je dois ajouter encore que leur emploi, continué pendant quelque temps, est une garantie pour éviter la récidive de ces métrites persistantes, contribuant au grand découragement des malades et du médecin. Il est évident qu'après cette affirmation, je dois considérer les injections d'eau chaude comme un moyen préventif de presque toutes les affections légères et très communes, produites souvent par l'oubli de l'hygiène de l'appareil génital.

Je tiens aussi à rectifier l'opinion qui a fait de la créosote un remède souverain pour le traitement des métrites, parce que j'ai observé que l'emploi de ce caustique seul, quand il ne s'agit pas d'un catarrhe très léger ou très récent, réclame un traitement très prolongé, sans jamais obtenir un résultat complet. On se voit alors obligé de recourir à d'autres caustiques, moins énergiques que le chlorure de zinc si préconisé, mais qui suffisent dans ces cas, tels que l'acide nitrique, le nitrate d'argent et la teinture d'iode. Avec ces médicaments les métrites s'améliorent en un laps de temps très court. Dans quelque cas, que je n'oserais pas encore définir, l'action du nitrate d'argent est bien appréciable, et cela me rappelle ce qui se passe pour les ophtalmies, où les succès de ce médicament sont brillants et rapides.

Je me souviens qu'il n'y a pas longtemps on méprisait l'usage de la teinture d'iode, je crois à tort, et souvent les débutants dans la pratique gynécologique le faisaient sans l'avoir expérimentés eux-mêmes.

Cet oubli de la teinture d'iode me semble peu justifié.

L'on recherchait de préférence l'action résolutive de la teinture d'iode, dans les indurations du col, dans les cas d'anciennes métrites avec augmentation de volume et de poids, qui incommodent beaucoup les malades, spécialement pour la marche, à cause des sensations qu'elles déterminent. On obtient dans ces cas de bons résultats par les badigeonnages de teinture d'iode.

Il existe aujourd'hui un autre médicament qui aura bientôt une histoire glorieuse. Je veux parler de l'icthyol appliqué directement sur le col, mélangé à la glycérine neutre, et dont on favorise le contact au moyen d'ovules ; on l'administre aussi à l'intérieur sous la forme de dragées. J'ai pu constater une amélioration remarquable dans des cas où l'on avait proposé l'amputation totale du col, et de cette

manière on peut éviter aux malades des opérations chirurgicales, qui sans être très graves, offrent cependant quelque danger. Sans doute, les effets curatifs sont moins rapides que par l'opération, mais quand celle-ci n'est pas indiquée, pour diverses conditions pathologiques, et même sociales, nous pouvons nous dispenser de la pratiquer.

Nous voilà conduits à discuter la substitution de la pharmacologie à l'action chirurgicale, car nous nous trouvons quelquefois en présence de lésions déjà connues, très fréquentes, et qui disparaissent sans les opérations préconisées par la gynécologie moderne. Je n'oserais nier que très souvent il n'y a pas d'autre moyen à cause de la durée de la maladie, de la jeunesse de la malade, des conditions sociales qui exigent de l'exercice et des travaux manuels, circonstances, qui en effet, peuvent réclamer l'intervention chirurgicale, sans qu'il y ait là un sujet de critique, mais je suis d'avis qu'il est toujours convenable d'essayer d'abord le traitement médical, sans oublier les eaux minérales, qui rendent souvent de grands services.

Cette manière de voir est justifiée par les tendances conservatrices qui paraissent reparaître après le délire chirurgical de ces dernières années.

J'ai préconisé toute ma vie la chirurgie conservatrice, mais en ne croyant pas qu'elle soit, comme le prétendent quelques chirurgiens, la pratique d'une opération plus simple ou moins grave, pour éviter une autre opération de plus grande importance, parce que bien des fois il faudra, après la première, faire la seconde, c'est-à-dire que la malade sera l'objet de deux actes chirurgicaux au lieu d'un seul. Je trouve cette manière de voir tout à fait erronée, parce que *conserver* n'est pas *détruire;* il est évident que l'opération chirurgicale déchire des tissus, détache des parties de l'organe malade et c'est la raison pour laquelle il faut recourir autant que possible à l'emploi du médicament, qu'il faut le substituer au couteau, dont on ne doit faire usage qu'après être bien sûr de l'inefficacité du traitement médical. Enfin, si l'opération devient inévitable, tâchons donc de la faire le moins sanglante possible, et d'éloigner les grands traumatismes.

En appliquant ces idées à des cas déjà connus, il me vient à l'esprit les tumeurs intra-utérines qui demandent l'extirpation de l'utérus pour éviter les conséquences fâcheuses qui tôt ou tard doivent se produire. Je puis affirmer, sans rejeter une telle indication, que j'ai vu l'expulsion spontanée de ces tumeurs, survenir à la suite de changements dans leur texture, qui en ont permis l'élimination sans aucune

altération de l'utérus redevenu normal. Un résultat si heureux, sera plus facilement obtenu par les injections intra-utérines d'eau chaude, toutes les vingt-quatre heures, et tout récemment j'eus l'occasion d'observer ce fait chez une dame vierge. Un fibrome s'est détaché en morceaux presque macérés, dans l'espace de quelques jours, sous l'influence d'injections d'eau chaude en grande quantité, faites avec la sonde de M. Doléris. Il s'en suivit une fièvre d'infection, pas trop intense, qui disparut aisément par les mêmes injections et le sulfate de quinine [1].

Eh bien, ce que j'ai observé dans ce cas, peut se produire sans aucun doute dans d'autres pareils, et cela nous apprend que, quoique nous soyons en présence de fortes métrorrhagies, comme il est arrivé dans le cas dont je viens de faire mention, nous ne devrons opérer qu'après avoir essayé les injections intra-utérines d'eau chaude, qui, on le sait, arrêtent ou diminuent les flux sanguins.

Je veux à présent, en parlant d'autres pratiques gynécologiques de moindre importance, vous présenter mon opinion, contraire aux exagérations chirurgicales, même sur quelques détails des pansements employés en gynécologie.

Après l'abus de la sonde utérine, un autre abus, à savoir : l'emploi des pinces d'abaissement pour attraper le museau de tanche et l'attirer jusqu'à la vulve afin d'agir plus directement et plus facilement sur la matrice. Il y aura des occasions où cette pratique est indiquée pour faciliter le diagnostic et le traitement local, mais dans la plupart des cas, je la trouve abusive : 1° parce qu'on ne peut pas par ce fait reconnaître ces déplacements de l'utérus qui produisent un vrai abaissement, et allongement des ligaments de l'utérus, avec douleurs et malaises ; 2° et surtout parce que les pinces produisent des blessures par déchirure, qui, quoique petites, ne le sont pas par rapport à la surface sur laquelle elles sont faites. Attendu l'importance que l'on attribue aujourd'hui à l'infection, il ne faut pas oublier l'influence de ces petites blessures sur le processus infectieux.

Il n'y aura pas lieu de s'étonner de ce que très souvent j'ai entendu

[1] Après avoir écrit çà, je trouve ces lignes, très à propos, dans un ouvrage qui vient de paraître :

« De sorte que l'intervention armée en gynécologie se bornerait, dans un avenir plus ou moins prochain, à quelques opérations dirigées contre les néoplasmes, à moins qu'on en arrive à espérer même *l'arrêt de l'évolution des tumeurs par des médications variées.* »

(J.-A. Doléris. — *La Pratique Gynécologique.* — 1896, page 9.)

des malades se plaindre de ces pratiques brutales, des fortes douleurs occasionnées de ce fait, et que j'ai eu l'occasion de constater la survenance de symptômes inflammatoires. Je n'ai jamais fait usage des pinces d'abaissement et il suffit de bien appliquer le spéculum, pour mettre bien au jour le col, et faire les applications médicamenteuses.

J'avais employé depuis ma jeunesse, pour exécuter les cautérisations ou les nettoyages de la cavité utérine, un moyen très simple que j'avais vu à l'hôpital de la Charité à Paris, dans le service de Nonat, l'un des illustres gynécologues de l'époque passée. Ce savant praticien employait une branche d'osier garnie sur quelques centimètres de longueur d'un gros fil de coton. Il en préparait plusieurs avant l'heure de la consultation publique, et après avoir trempé dans les liquides médicamenteux le bout garni de coton, il l'introduisait dans l'utérus. Il n'employait qu'une seule fois chaque petit bâton, et le traitement était aseptique. Aujourd'hui on fabrique des tiges métalliques flexibles, avec cannelures à leur extrémité pour porter la ouate roulée, et qui permettent d'arriver facilement jusqu'à l'intérieur de l'utérus.

Voilà, Messieurs, tout ce que j'avais à vous dire dans ces notes écrites dans le but de défendre les idées que j'avais déjà émises, d'établir quelques limites à la chirurgie opératoire et de sortir de l'oubli quelques indications de la thérapeutique pharmacologique.

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DE LA MATRICE PENDANT LA GROSSESSE

Par M. le Prof. **Bossi**, de Gênes.

La rapidité d'involution de la matrice après l'accouchement est si rapide qu'elle surprend tous les observateurs attentifs. Tout le monde se demande comment cela se passe, et l'unique explication c'est qu'il survient après l'accouchement une très rapide dégénérescence graisseuse de la substance musculaire utérine.

Dans une matrice enlevée au huitième mois par opération césarienne, dans une autre enlevée à la fin de la grossesse par la méthode habituelle pour rétrécissement du bassin, et dans une troisième

matrice enlevée pour inversion après l'accouchement, j'ai trouvé à l'examen histologique la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires. — J'ai pu constater toutes les phases du processus.

Ces expériences se sont trouvées confirmées chez les chiennes. Jusqu'à présent je ne me crois pas autorisé à conclure, mais il va sans dire que par ces études s'ouvre une question tout à fait nouvelle et que si ce fait se confirme, on aura l'explication soit de l'involution rapide de la matrice après l'accouchement par dégénérescence graisseuse commencant pendant le dernier mois de la grossesse, soit celle de l'inertie de la matrice pendant l'accouchement par excès de dégénérescence, soit celle d'autres faits cliniques et anatomiques qui ne sont pas encore expliqués.

UEBER CYSTEN DES WOLFF'SCHEN GANGES.

Vom Docent **Amann** jun., in München.

a) Entwicklung.

Vor der Entstehung der weiblichen Genitalorgane befinden sich an der hinteren Wand der Bauchhöhle zu beiden Seiten der Wirbelsäule die beiden Urnieren oder *Wolff*'sche Körper mit ihren kaudalwärts bis zum Sinus urogenitalis verlaufenden Ausführungsgängen, den Urnierengängen oder *Wolff*'schen Gängen. Die Entwicklung der *Müller*'schen Gänge beginnt am kranialen Ende der Urniere seitlich; die *Müller*'schen Gänge wachsen nun entlang der Seitenkante der Urniere kaudalwärts, bleiben an den *Wolff*'schen Gängen und kreuzen die letzteren, so dass sie im untersten Theile medialwärts von den *Wolff*'schen Gängen gelegen sind.

b) Reste der Wolff'schen Gänge und Körper beim erwachsenen Weibe.

1. *Urnierenreste.*

Ein Theil der Kanäle der Urniere befindet sich *in der Marksubstanz des Ovariums* als epitheliale Kanälchen, die sogenannten *Markstränge.*

Der Hauptrest der Urniere stellt das sogenannte *Parovarium* dar: epitheliale Schläuche, welche sich in der Mesosalpinx zwischen Ovarium und Tube befinden.

Auch im *Tubenwinkel des Uterus* scheinen manchmal Reste der Urniere selbst entsprechend dem *Strahlenanhang* Köbelt's vorhanden zu sein (in Form von kleiner gewundener Epithelkanälchen).

2. *Reste des Wolff'schen Ganges*, die sogenannten *Gärtner'schen* Kanäle.

Sie finden sich z. B. *in* der *seitlichen Uteruskante*, z. B. *neben* derselben *im Lig. latum* zwischen den Gefässen. In der Gegend der Cervix sind sie meist weiter in die Uteruswand eingelagert. Vielfach finden sich gerade hier Ausbuchtungen und Nebenkanälchen, die den Vesiculæ seminalis im analogen Abschnitte des Ganges beim Manne entsprechen könnten. An dieser Stelle können diese Gangreste ziemlich nahe an den Uteruskanal herantreten.

Im Bereiche der Vagina können sich die Reste der Gänge seitlich und etwas nach vorne bis in die Gegend des Hymens vorfinden.

c) Neoplastische Veränderungen dieser Gänge.

Im Ovarium scheinen nunmehr cystische Veränderungen auf die Markstränge zurückzuführen zu sein. Dadurch, dass der Ausgangspunkt im Hilus ovarii sich befindet, wird das Ovarium wie von unten her auseinander gedrängt und ist somit der *untere Theil der Cyste noch mit Peritoneum überzogen.*

Diese Auskleidung fand ich in 2 derartigen Fällen aus flimmerndem, einschichtigem Cylinderepithel gebildet. Auch papilläre Auflagerungen können in diesen «*Markstrangcysten*» vorkommen. Der Inhalt ist vollkommen wasserhell und dünnflüssig. Wohl dürfte auch ein Theil der Flimmercysten des Ovariums auf diese *Markstränge* zurückzuführen sein.

Die *parovarialen Cysten* sind sehr häufig. Sie sind vollkommen mit Peritoneum überzogen (vorn), haben eine meist sehr dünne Wand, in anscheinend sehr vielen Fällen eine *Flimmerepithelauskleidung.* Das Epithel ist niedrig cylindrisch, einschichtig; papilläre Auflagerungen in denselben sind nicht selten. Der Inhalt ist wasserhell, dünnflüssig und enthält kein Paralbumin.

Von den cystischen Veränderungen *der im Bereich des Uterus verlaufenden Wolff'schen Gangresten* sind bisher wenige beschrieben. Von vorneherein ist bei diesen Cysten vorauszusetzen, dass sie ent-

weder in die Uteruswand selbst eingelagert oder doch hart an derselben in der Basis des Lig. latum sich befinden.

Vom klinischen Standpunkte haben gerade diese Fälle ein besonderes Interesse, da sie infolge ihres innigen Zusammenhanges mit dem Uterus diagnostisch Schwierigkeiten bereiten können, ferner aber die operative Entfernung derselben stellenweise unmöglich werden kann.

Im Verlauf der letzten Jahre habe ich folgende hiehergehörige Fälle operirt:

1. Fall. B., 49 Jahre, 1 Partus; seit circa einem Jahre bemerkt Patientin ein Grösserwerden des Leibes, sowie starken Druck gegen Blase und Rektum. Bei der Untersuchung finden sich multiple cystische Tumoren, tief ins Becken hineinragend, den Uterus, der besonders an seiner linken Kante nicht genau von den Cysten abgegrenzt werden kann, nach vorne und oben verdrängend. Bei der Laparotomie zeigt sich eine rechtsseitige dünnwandige Tubo-Ovarialcyste, darunter eine leicht ausschälbare Parovarialcyste, auf der linken Seite war die Tube entlang einer dünnwandigen Cyste ausgezogen, das Ovarium daneben erhalten. Unter dieser Cyste ragte in die Tiefe des Beckens eine weitere Cyste hinein, deren obere Kuppe, dünnwandig, den klaren Inhalt derselben erkennen liess. Eine Ausschälung war unmöglich, indem sich nach Eröffnung der Cyste zeigte, dass ein rosenkranzförmiger über fingersdicker Theil derselben in die linke Seitenkante des Uterus eingelagert war und bis ans Vaginalgewölbe heranreichte. Es wurde daher nach Entleerung und möglichster Resektion der Cyste der Rest wieder mit Peritoneum übersäumt und versenkt. So wurde die Bauchhöhle nach Entfernung der rechtsseitigen Tubo-Ovarialen und Parovarialen und des grössten Theiles der linksseitigen Cyste geschlossen. Im Innern der erweiterten rechtsseitigen Tube zeigten sich zottige, papillomatöse Hervorragungen, die sich bei histologischer Untersuchung als primäres Tubencarcinom erkennen liessen.

Die Heilung erfolgte reaktionslos.

2. Fall. G., 46 Jahre; 2 Geburten; seit 1½ Jahren bemerkt Patientin ein Grösserwerden des Leibes und Druckbeschwerden im Kreuz; seit mehreren Jahren sind stärkere Menorrhagien vorhanden. Die Untersuchung ergibt einen cystischen, fast das ganze Abdomen ausfüllenden Tumor; der nicht ganz abtastbare Uterus zeigt unregelmässige Hacken. Bei der Eröffnung des Abdomens konnten die verschiedenen Abtheilungen der cystischen Geschwulst erkennt

werden; auf der rechten Seite zeigte sich eine sehr grosse Ovarialcyste, an welche die Tube gedehnt angelagert war, darunter befand sich, direkt anschliessend, eine tief in's kleine Becken hineinragende einen klaren Inhalt enthaltende Cyste; beim Versuch diese scheinbar parovariale Geschwulst auszuschälen, zeigte sich, dass dieselbe *in die rechte Kante des myomatösen Uterus* hineinentwickelt war, sodass eine Entfernung vollkommen unmöglich war. Ich entschloss mich daher, den ohnedies myomatösen Uterus nach Ausschälung der untersten Kuppe der erwähnten Cyste aus der Tiefe des Beckenbodens zugleich mit der letzteren supravaginal zu amputieren und zu entfernen. Das linke Ovarium war in einen faustgrossen, im Douglas ziemlich verwachsenen, papillären Tumor mit klarem Inhalt verwandelt und wurde ebenfalls zugleich mit dem Uterus entfernt. Die Wunde im Beckenboden, sowie der Uterusstumpf wurde mit Peritoneum übersäumt und die Bauchhöhle geschlossen. Der Heilungsverlauf war ein regulärer. Bei Betrachtung des Präparates erkennt man, dass der cystische Tumor, der eine ganze Anzahl papillärer Exkressenzen enthält, in der Art zum Theil noch in die Uterussubstanz hineinragt, dass *die rechte Uteruskante förmlich der Länge nach gespalten in zwei Lamellen auf vordere und hintere Cystenwand ausstrahlt.*

Einige Centimeter oberhalb des inneren Muttermundes reicht die innig mit der Uterussubstanz zusammenhängende Cyste ca. 1 cm weit an die Uterushöhle heran.

Die übrigen cystischen Gebilde zeigen durchgehend klaren, dünnflüssigen Inhalt und ziemlich zarte Wandungen.

Die histologische Untersuchung ergibt überall ein ziemlich niederes Cylinderepithel, ob Flimmern an denselben waren, liess sich am gehärteten Präparate nicht mehr entscheiden. Das Epithel der Uteruscyste war im Allgemeinen etwas niederer als das der übrigen Cysten.

3. Fall. W., 50jährige Frau; 2 Geburten. Gefühl des Druckes gegen das Kreuz im letzten Jahre zunehmend, Leib in den unteren Partieen etwas vergrössert. Die Untersuchung ergibt neben dem anteponierten und elevierten Uterus äusserst derbe prall-elastische Tumoren, welche besonders rechts weit ins kleine Becken herunterragen. Bei der Laparotomie zeigte sich die linke Tube in einen kleinapfelgrossen Hydrosalpinx verwandelt, das linke Ovarium frei; rechte Tube und Ovarium unverändert, dagegen wurde die Hauptgeschwulst von einer kindskopfgrossen, rechtsseitigen Parovarialcyste

gebildet, an welche sich nach abwärts in den Beckenboden hinein ein weiterer cystischer Tumor im Lig. latum entlang der rechten Uteruskante bis zum Vaginalgewölbe anschloss. Nach Entfernung des linksseitigen Hydrosalpinx wurde die rechtsseitige parovariale Cyste ausgeschält und versucht, auch den tiefer ins Becken eingelagerten cystischen Tumor auszuschälen, was jedoch nicht gelang. Nach möglichster Resektion der betreffenden Cystenwand und theilweiser Verkleinerung des Lumens mittels Peritonealnähte wurde durch den unteren Winkel der Bauchwunde ein Jodoformgazestreifen in den restierenden Theil der Cyste zur Obliteration eingeführt.

Die Heilung verlief reaktionslos.

Die histologische Untersuchung ergab einschichtige Cylinderepithelauskleidung.

4. Fall. L., 42 Jahre, 0 para. Zunahme des Umfangs des Leibes seit 2 Jahren, Gefühl des Druckes im Becken, mehrfach Uebelsein. Die Untersuchung ergibt cystische Tumoren bis über Nabelhöhe und tief ins kleine Becken hereinragend. Der Uterus infolge der starken Spannung der Tumoren nur im unteren Theile abtastbar. Bei der Laparotomie zeigte sich, dass die Hauptcyste dem linken Eierstock entspricht, an derselben heran und mit derselben in Kommunikation befindet sich eine kindsfaustgrosse Hydrosalpinx.

Nach Entfernung der ziemlich stark mit der Umgebung verwachsenen Cyste erkennt man den Uterus durch Myomeinlagerungen etwas vergrössert, die rechtsseitigen Adnexe frei, dagegen unterhalb derselben die rechte Hälfte des Beckens fast vollkommen ausfüllend, ein cystisches Gebilde, das entlang der rechten Uteruskante tief ins kleine Becken hereinragt. Die Ausschälung dieser von oben her als parovarialen Cyste erscheinende Cyste gelingt in der Tiefe nicht: es muss somit ein Theil der Cyste nach Uebersäumung mit Peritoneum zurückgelassen werden. Die Heilung verlief ohne Störung.

5. Fall. E., 32 Jahre, 0 para. Bei der Untersuchung zeigt sich der Uterus aus dem Becken herausverzogen durch äusserst prall gespannte, das kleine Becken fast vollständig ausfüllende Cysten. Bei der Laparotomie erkennt man links neben dem Uterus, fast bis zum Nabel reichend, eine grosse, parovariale Cyste, deren unterste Kuppe aus dem Beckenboden nicht ausschälbar ist; auf der rechten Seite einen kleineren tief in die Basis des Lig. latum und an die Cervix Uteri angelagerten cystischen Tumor; beide Tumoren haben einen klaren wasserhellen Inhalt. Der linke cystische Tumor wird zum grössten Theile reseciert; der Rest mit Peritoneum übersäumt, der

rechte nur durch Punktion entleert. Bauchwunde wird geschlossen. Die Heilung verläuft glatt.

Von vorstehenden Fällen ist Fall 1 und 2 am klarsten und einwandfreiesten als Cyste des *Wolff'*schen Ganges aufzufassen, indem im Fall 1 die rosenkranzförmige, in der Uterussubstanz selbst gelegene Partie des Tumors mit dem Zeigefinger leicht ausgetastet werden konnte und in Fall 2 am herausgewonnenen Präparate die Einlagerung der Cyste in den myomatösen Uterus klar zu Tage liegt. In den anderen Fällen reichen die fraglichen cystischen Gebilde nur wenig in die Uterussubstanz hinein; liegen derselben jedoch so innig direkt an und befinden sich so sehr in der Tiefe des Lig. lat., dass an ein sekundäres Hineinwuchern parovarialer oder ovarialer Kystombildungen wohl nicht gedacht werden kann.

In den angeführten Fällen entspricht auch die Lage der Cystenbildungen dem durch verschiedene Untersuchungen festgestellten Verlaufe der Reste des Wolff'schen Ganges, d. h. der Gärtner'schen Kanäle.

Auffallend ist das *gleichzeitige Vorhandensein von Myomen* in dreien der erwähnten fünf Fälle.

In der Litteratur findet sich schon bei Rokitansky die Ansicht erwähnt, dass ein Theil der Vaginalcysten, der im Uterus vorkommenden und demselben angelagerten Cysten auf die Wolff'schen Gänge zurückzuführen ist. Ferner wurde besonders dieser Ausgangspunkt für die *Vaginal*cysten von *G. Veit, Preuschen, Gräfe, von Winkel, J. Veit, Rieder, Miscotello, Pestalloza, Pasquale-Poso,* u. A. mehr betont für *Uterus*cysten und *Para-Uterine* cysten wurde von *Coblenz, Fischel, Löwenthal, Klein, Recklinghausen, Breus, Pilliet-Souligoux, Routh* und *Knauer* der Ursprung von den Wolff'schen Gängen behauptet. Bei gleichzeitigem Vorhandensein von Myomen oder in solchen selbst, wurden Cysten derartigen Ursprungs von *Breus* (2 Fälle) und *Recklinghausen* (2 Fälle) beschrieben. Die am weitesten im Uterus, nahe am Lumen gelegene Cyste des Wolff'schen Ganges wurde von *Knauer* beschrieben. Betrachten wir diese sämtlichen, auch die bisher in der Litteratur erwähnten Fälle, so ergibt sich bezüglich der *Topographie der Cysten,* dass sie entweder rosenkranzförmig neben oder zum Theil in den Uterus eingelagert sein können oder zu grösseren, das Lig. lat. bedeutend auseinander drängenden Gebilden anwachsen können. In den tieferen Partieen und an der Uteruskante hängen sie dann so fest mit der Umgebung zusammen, dass sie an diesen Stellen nicht ausgeschält werden können. Besonders

in der Cervixgegend, aber auch höher, eben in der Gegend des Corpus Uteri, wie in Fall 2, können sie nahe an die Uterushöhle herantreten. In *diagnostischer* Beziehung kann bei der bimanuellen Untersuchung durch die pralle Spannung und den innigen Zusammenhang mit dem Uterus eine Verwechslung mit Myomen leicht vorkommen. Bei der Operation werden die vorhin erwähnten Momente durch Eröffnung der Cyste und Austasten mit dem Finger, besonders gegen den Uterus hin festzustellen sein. Ferner ist selbstverständlich, wie bei den parovarialen Cysten, ein peritonealer Ueberzug vorhanden; die Wand ist ebenfalls wie bei letzteren dünn, weisslich, durchschimmernd und der Inhalt in den meisten Fällen wasserhell, dünnflüssig. Nur in den Fällen von *Recklinghausen* und *Knauer* war Schleimbeimengung vorhanden. Bei der histologischen Untersuchung lässt sich das Moment der Anwesenheit von Muskelbündel, die gewöhnlich um parovariale Schläuche und Wolff'sche Gänge beim Fötus und Neugeborenen sich finden, kaum erwarten, wie die Untersuchungen von *Ampt* gezeigt haben. Das Epithel fehlte in den Fällen von *Löwenthal* und *Klein* (1. Fall), in den meisten Fällen scheint das Epithel einschichtig, niedrig cylindrisch zu sein und auf einem lockeren Bindegewebe, das elastische Fasern enthält, aufzusitzen. In der grösseren Anzahl der Fälle sind Flimmern nachzuweisen gewesen (so bei Recklinghausen, Breus und Knauer und 2 Fällen des Verfassers).

Das auffallende Zusammentreffen von Myomen und parovarialen Cysten resp. Cysten des Wolff'schen Ganges, kann wohl kaum als einfache Wandverdickung des Wolff'schen Ganges (Gottschalk) erklärt werden.

Ob eine maligne Degeneration von diesen Cysten aus stattfinden kann ist fraglich, doch können papilläre Auflagerungen in solchen entstehen, wie der Fall 2 des Verfassers zeigt. Bezüglich des Ausgangspunktes der Cysten könnten bei den in der Korpuswand gelegenen Cysten eventuell auch die Kanälchen der Urniere, die zum Theil als Strahlenanhang in der Tubenecke (Kobelt) sich vorfinden, eine Rolle spielen.

Die hiehergehörigen *Vaginalcysten* sind von den erwähnten Autoren bereits eingehender beschrieben, von ihnen sei hier nur noch der Fall von *Routh* hervorgehoben, welcher eine rosenkranzförmige Vaginalcyste neben dem Uterus hinauf bis in eine Parovarialcyste verfolgen konnte.

Die Cystenbildungen der Urnierenreste kommen offenbar nicht

durch einfache Sekretretention zu Stande, sondern sind bedingt durch aktive Proliferation des die Kanälchen auskleidenden Epithels, da es sich in den meisten Fällen um ein dichtgedrängtes Cylinderepithel im Bereiche der ganzen Auskleidung handelt.

SCHLUSSSÄTZE

1. Der Wolff'sche Gang kann in seinem Verlaufe neben und in dem Uterus zu para-uterinen und uterinen Cysten Veranlassung geben.
2. Die im unteren Theile des Uterus gelegenen Gangreste können Cystenbildungen, welche näher an die Uterushöhle heranreichen, bedingen, die höher oben liegenden mehr solche, welche der Kante anliegen.
3. Die Auskleidung dieser Cysten ist wohl ein zumeist flimmerndes, mittelhohes, einschichtiges Cylinderepithel, das auf einem lockeren, nicht immer Muskelfasern enthaltenden Gewebe aufsitzt.
4. Der Inhalt ist meist klar, dünnflüssig, in seltenen Fällen urinhaltig.
5. An der Innenfläche können papilläre Wucherungen auftreten.
6. Die Diagnose kann meist wohl erst bei der Operation gestellt werden und beruht der Hauptsache nach auf der Einlagerung in die Seitenkante des Uterus oder dem direkten Anliegen an den Uterus und Zwischenlagerung zwischen den uterinen Gefässen.
7. Bei der Operation muss man entweder auf die Exstirpation der tiefsten Theile verzichten oder den Uterus mit exstirpieren oder den Rest der Cyste nach Vernähung an die Bauchwand drainieren oder von der Vagina aus incidieren und drainieren.

UEBER EINIGE NICHT GENITALE, INS BECKEN HINEINRAGENDE TUMOREN

Vom Docent **Amann** jun., aus München.

Manche Geschwulstbildungen im Abdomen beanspruchen das Interesse des Gynäkologen dadurch, dass sie so nahe an die Genitalorgane herantreten, dass sie differential-diagnostische Schwierigkeiten bieten können. Aus diesem Grunde kommen gerade die tiefer im Abdomen befindlichen derartigen Tumoren mehr zur

Beobachtung der Gynäkologen als der Chirurgen. Manchmal kann auch erst nach Eröffnung der Bauchhöhle der Ausgangspunkt genauer eruirt werden. Es scheint daher zweckmässig, wenn die Gynäkologen auch in dieser Richtung ihre Erfahrungen publizieren. Verfasser hatte in den letzten Jahren Gelegenheit hieher gehörige Tumoren zu beobachten, von denen er 3 ihrer grossen Seltenheit halber mittheilt.

Fall 1. 38jährige Patientin, I para; seit einem Jahre erhebliche Zunahme des Leibes; Abmagerung des übrigen Körpers. Patientin wird mit der Diagnose Ovarialtumor zum Verfasser geschickt. Untersuchung: Ein grosser, fluktuierender Tumor füllt das ganze Abdomen aus, ragt ins kleine Becken hinein; der kleine anteflektierte Uterus ist nach abwärts verdrängt; die Adnexe sind wegen starker Spannung des Leibes nicht zu fühlen.

Laparotomie: Die Tumor-Oberfläche ist bräunlich verfärbt. Bei Punktion des Tumors entleert sich reichlich hämorrhagisch tingierte Flüssigkeit; beim Hervorwälzen erkennt man den Stiel nicht nach abwärts, sondern von enormen Venen begleitet, aufwärts zwischen Leber und Magen verlaufend. Nach Beiseiteschieben der Leber wird die obere Kuppe des Tumors möglichst zwischen den grossen Gefässen im Mesogastrium ausgeschält, wobei sich auch eine derbere strangartige Partie, als eine Art Stiel gegen die Wirbelsäule zu erkennen lässt, die dann in Etagen unterbunden wird.

Dadurch ensteht im Mesogastrium ein handtellergrosses Loch, das mit Catgut-Nähten sorgfältig wieder geschlossen wird. Der Tumor war also *retroperitoneal in das Mesogastrium eingelagert*, ging mit einem Stiel an der Wirbelsäule von der Gegend des Pankreas aus und hatte in seinem weiteren Wachsthum *den Magen nach hinten und oben verdrängt*; er ragte somit *vor* den Eingeweiden ins kleine Becken herab.

Die *mikroskopische* Untersuchung ergab eine reichlich kleinzellig infiltrierte, bindegewebige, derbe Wand; auf den papillären Auflagerungen, sowie auf der Innenfläche der Cyste war nirgends Epithel nachzuweisen.

Histologisch liess sich also keine Beziehung zum Pankreas nachweisen, wie auch der weitere Verlauf, der ein vollkommen reaktionsloser, glatter war, keineswegs dafür Anhaltspunkte bot. Es muss wohl der Tumor von irgend einem versprengten Keime ausgegangen sein.

Im 2. Falle handelte es sich um eine 48jährige Patientin, welche seit etwa $^3/_4$ Jahren eine Zunahme des Leibes, mit starkem Druckgefühl rechts unterhalb der Leber bis zum Becken herab bemerkte.

Die Untersuchung zeigte einen besonders nach rechts hin das Abdomen ausfüllenden ziemlich derben Tumor, gegen welchen der Uterus abgrenzbar war; die linken Adnexe waren leicht zu fühlen; das rechte Ovarium als wenig verschieblicher Körper am unteren Pol des Tumors anliegend.

Bei der *Laparotomie* zeigte sich der von Därmen überlagerte Tumor *retroperitoneal* gelegen, vom unteren Leberrand bis zum kleinen Becken reichend. Das rechte Ovarium war ebenso wie eine Reihe von Därmen leicht mit der Tumoroberfläche verwachsen. Der Tumor wurde nun möglichst aus dem peritonealen Ueberzug herausgeschält, was zunächst nur im Bereiche der vorderen Oberfläche gelang; hierauf wurde eine Incision in den Tumor gemacht, wobei sich eine dicke, breiige Masse entleerte. Besonders innig hing der Tumor *mit der Fascie der hinteren Bauchwand und der rechten Seite der Wirbelsäule zusammen.* Bei der Auslösung des Tumors riss eine Adhäsion an der Leber resp. der Leberrand selbst ein, was aber nur eine geringe Blutung veranlasste, die durch Vernähung einiger Adhäsionen wieder gestillt wurde. Nach vollkommener Entfernung des Tumors war die dahinter gelegene rechte Niere vollkommen frei beweglich geworden. Nach Stillung der Blutung vereinigte Verfasser daher 2 Fascien-Theile in der Weise, dass die Niere dadurch in einer Tasche an ihrer normalen Stelle wieder fixiert wurde; hierauf schloss er die Peritonealblätter in einer fortlaufenden, von der Leber bis ins kleine Becken reichenden Catgutnaht.

Der Tumor bestand aus einem einzigen cystischen Hohlraum mit ziemlich dicker Wandung *an deren innerer Seite eine bedeutende Anzahl von Knochenplatten angelagert war;* die dicken, breiähnlichen Massen bestanden hauptsächlich aus regressiv veränderten Fibrinmassen und Zelldetritus. Der Ausgangspunkt dieses *Dermoids* ist wohl ebenfalls auf eine versprengte Keimanlage zurückzuführen. Mikroskopisch war kein Epithel zu finden, sondern nur bindegewebige Massen. Die Genesung erfolgte ohne jede Störung.

Im 3. Falle handelte es sich um ein 23 jähriges Mädchen von blühendem Aussehen, das mit der Wahrscheinlichkeits-Diagnose « Gravidität » zu Verfasser geschickt wurde. Die Untersuchung ergab einen nahe bis an den kleinen Uterus heranreichenden, sehr derben, fast kopfgrossen, unverschieblichen Tumor, gegen welchen das Ovarium schwer abzugrenzen war.

Bei der Laparotomie zeigte sich, dass der Tumor vollkommen von Därmen überlagert, *retroperitoneal* rechts neben der Wirbelsäule ge-

legen war. Verfasser schob die Därme bei Seite und musste, um näher an den Tumor heranzukommen, die rechte *Bauchwand noch nach der Seite hin* spalten. Hierauf wurde nun der Tumor, der *besonders fest mit der Wirbelsäule zusammenhing,* ganz aus dem Peritoneum ausgeschält. Nach Stillung der geringen Blutung in der Tiefe, vereinigte Verfasser wieder das Peritoneum in der Längsrichtung bis ins kleine Becken hinein, sodann die Bauchwunde, auch den seitlichen Theil derselben, in Etagennähten.

Die Heilung verlief vollkommen glatt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass ein sehr derbes, wohl von der Fascie ausgehendes Fibrosarcom vorlag.

Es handelte sich somit um 3 retroperitoneal gelegene Geschwülste, welche von verschiedenen Punkten ihren Ausgang nahmen und bis ins kleine Becken hineinragten, und zum Teil oberflächlich mit den Genitalorganen verwachsen, differential-diagnostische Schwierigkeiten darboten.

In der Litteratur finden sich wenig analoge Fälle. Ein dem ersten papillären Tumor, mit blutig serösem Inhalte entsprechender Fall, mit gleichem Ausgangspunkte der Geschwulst scheint nicht publiziert zu sein. Es mag sein, dass vielleicht einige von den unter «Pankreas-Cysten» erwähnten Fällen entsprechende Tumoren darstellen. Von *Dermoiden mit Knochenbildungen*, die retroperitoneal gelegen, ist ein Fall von *Vœlkner*[1] bei einem 4 Monate alten Kinde und von *Bonfigli*[2] eine Dermoidcyste im Lig. gastro-colicum beschrieben. Ferner sind Dermoide beschrieben von *Herrera* (Mexiko) (Dermoid in der 2. Lumbargegend), von *Doehna* (retrorectales bis zum Nabel reichendes D.), von *Griffiski* (im Omentum) und von Schmid. Dem Sitze nach entspricht aber nur der Vœlkner'sche Tumor dem 2. Falle des Verfassers.

Von den in der Litteratur erwähnten Fibrosarkomen entspricht keines der Lage nach dem 3. Falle des Verfassers. Von Fibrosarkomen ist nur eines von *Zernedorf* und zwar bei einem Manne beschrieben. Retroperitoneale und mesenterial gelegene Sarkome und Myxo-Sarkome beschreiben *Terrier, Normon (Narse), Thiriar, Chadwik, Kirmisson, Fränkel* und *Kaufmann.*

Es wäre zu wünschen, dass die Gynäkologen ihre diesbezüglichen Erfahrungen möglichst publizieren.

[1] Path. Trans. 1890.
[2] Riv. di clinica di Bologna. 1875.

LE MEILLEUR PROCÉDÉ D'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE DANS LES CAS DE MYOMES

Par M. le professeur **Fargas** (de Barcelone).

La manière de traiter le pédicule dans l'hystérectomie abdominale tend actuellement à recevoir une solution, selon mes convictions, car la meilleure méthode est de supprimer le pédicule, en faisant l'hystérectomie totale.

J'ai longtemps lutté contre les difficultés de la confection du pédicule pendant l'acte opératoire et contre celles de son traitement pendant la convalescence. J'arrivai à préférer, malgré tout, le traitement extra-péritonéal au traitement intra-péritonéal, auquel cependant j'étais forcé de recourir dans quelques cas, lorsque le premier était impossible. Mes interventions de cette nature atteignent en février 1895 le chiffre de 64 et sont exposés dans mon *Annuaire* de la même date.

Depuis lors, j'ai adopté dans toutes sortes de cas l'extirpation abdominale totale, que j'employais seulement au début comme opération d'exception. Je suis si satisfait de cette manière de faire, qu'en prenant le bistouri je suis désormais affranchi de toutes les craintes que me laissaient jadis l'incertitude sur le meilleur traitement du pédicule, que le myome soit enclavé ou non, sous-péritonéal, etc. La technique que j'emploie depuis cette époque me permet de vaincre toutes les grandes difficultés, tout en obtenant aisément des résultats bien supérieurs.

La technique que j'emploie, après communication personnelle de son auteur, c'est le procédé de Doyen que j'ai publié en avril 1895 et que M. Doyen a présenté au Congrès de chirurgie de Berlin en mai 1895.

La malade est placée dans la position de Trendelenbourg : l'opérateur est à la gauche de la malade, un aide est à sa droite; un autre aide placé entre les jambes de la malade est destiné exclusivement aux manœuvres vaginales.

1er temps. Laparotomie ; extraction et bascule de la tumeur au-dessus du pubis : on peut s'aider pour cette manœuvre de l'appareil suspenseur de Reverdin. Il faut pendant ce temps libérer les

adhérences. Si la tumeur est enclavée ou intra-ligamentaire, je procède à son énucléation avant de l'extraire de l'abdomen ; cette énucléation préliminaire en respectant l'arcade utéro-ovarienne, ne donne lieu à aucune hémorrhagie appréciable : on pourra au besoin tamponner la cavité.

2e temps. On met à découvert le Douglas en même temps qu'on protège avec de larges compresses la masse intestinale en isolant de cette manière l'abdomen du pelvis. Il s'agit alors d'ouvrir le Douglas et de saisir le col par l'abdomen : cette manœuvre offre quelquefois des difficultés. Je recommande à cet effet l'artifice suivant : notre second aide dès le début de l'opération a fixé sur les lèvres du col, en les fermant, une griffe spéciale portée sur une pince disposée à cet effet. La griffe est munie d'une chaîne portant à son autre extrémité une sorte de dé métallique. Le col est saisi entre les griffes qui restent fixées grâce à une petite crémaillère, la pince est introduite de nouveau dans le vagin, un des mors coiffé du dé.

On l'entrouve au fond du cul-de-sac postérieur et en se guidant sur cette pince, saillant à travers la mince couche des tissus du Douglas, l'opérateur incise le péritoine jusqu'au vagin et du même coup saisissant l'extrémité de la chaîne amène le col.

3e temps. L'opérateur tire fortement de la chaine en même temps qu'avec des ciseaux coudés on désinsère le vagin tout autour du col. Ensuite avec les doigts on fait la désinsertion du col en le renversant en haut et en détachant la vessie : ensuite on désinsère, en s'aidant des ciseaux s'il est épaissi, le ligament large droit qu'on coupe très haut et que le premier aide se charge de comprimer, pendant qu'on bascule à gauche l'utérus myomateux pour faire de même sur l'autre ligament et toute la masse néoplasique est retenue par le second aide, en laissant libre toute la cavité pelvienne. Cette manœuvre dure à peine une à deux minutes, pendant lesquelles il n'y a presque pas d'hémorrhagie. On met ensuite des pinces hémostatiques sur les points saignants (utérines, ovariennes et ses collatérales) au nombre de 4 à 6 et nous trouvons le champ opératoire libre et à sec : la quantité de sang qu'on perd pendant ce temps est toujours insignifiante si l'on procède avec la rapidité voulue.

4e temps. Hémostase définitive grâce aux ligatures à la soie. Deux ou trois ligatures, de chaque côté une ligature en masse sur chaque ligament pour pédiculiser et couper les annexes ; on coupe à ras toutes les ligatures, au lieu de les faire venir dans le vagin, et l'hémostase est terminée.

5ᵉ temps. Suture en surjet du plancher pelvien à la soie ou au catgut de droite à gauche, en comprenant toujours le péritoine sain et en laissant sous le péritoine toute sorte de surface cruentée.

6ᵉ temps. Suture abdominale, précédée de toilette du péritoine si c'est nécessaire ; drainage vaginal jusqu'au tissu cellulaire pelvien à la gaze, fait par le second aide.

Si l'on désire on peut opérer un cas facile en 25 minutes. Ordinairement j'emploie de 40 à 60 minutes dans les cas les plus difficiles.

Il n'y a pas de comparaison possible entre ce procédé et les procédés abdomino-vaginal, vagino-abdominal ou mixtes ; ce qui rend ce procédé inappréciable c'est qu'il est abdominal, offrant sur les autres procédés abdominaux, les trois avantages suivants :

1° la manière sûre, facile et rapide de désinsérer le col de l'utérus et d'isoler la vessie et les uretères (dans mes cas je n'ai jamais eu d'accident) ;

2° l'inutilité de l'hémostase préventive, et la facilité de l'hémostase définitive à ciel ouvert (garantie absolue pour les hémorrhagies secondaires) ;

3° il ne laisse pas des tissus comprimés et vouées à la mortification, cause fréquente de l'infection secondaire.

Cette technique est si expéditive et la convalescence consécutive est si simple, que j'ai la conviction que cette méthode opératoire sera généralement acceptée.

De février 1895 à juillet 1896 j'ai fait 13 hystérectomies abdominales pour myomes suivant ce procédé. Je note un seul insuccès dans un cas où il existait de la cellulite pelvienne aiguë. Cette petite série comprenait des cas très difficiles et très graves dont je ne peux relater les observations détaillées afin de ne pas allonger ce travail.

COCCYGECTOMIE. INFLUENCE DE LA MOBILITÉ DU COCCYX SUR LA RÉTRODÉVIATION

Par M. **Blondel**, de Paris.

J'insiste sur le rôle méconnu de l'appendice coccygien comme élément de la statique utérine. La mobilité anormale de l'os, par

luxation devenue permanente à la suite de traumatisme, ou, beaucoup plus souvent, comme conséquence de l'accouchement, déplace en avant de 2 à 3 centimètres l'attache du releveur de l'anus. Celui-ci se trouve raccourci d'autant et précisément dans l'axe de sa plus grande longueur, où se rencontrent en même temps ses éléments les moins contractils. Il en résulte un glissement du vagin en avant, une colpocèle postérieure dont les conséquences, pour la rétrodéviation, sont bien connues. Après l'accouchement, ce glissement est encore facilité par la laxité des parois du canal vaginal et la moindre tonicité de l'anneau vulvaire. Mais j'ai observé cette colpocèle postérieure chez des nullipares, même chez des vierges, et j'ai pu presque toujours constater la mobilité extrême du coccyx, consécutive à une chute ancienne sur cet os. Dans tous les cas, il y avait un degré plus ou moins marqué de déviation de l'utérus en arrière et, dans un cas, rétroversion absolument complète.

Ce qui a empêché de tenir compte jusqu'ici de ce facteur important de la rétrodéviation, c'est l'emploi regrettable du terme coccygodynie, qui a le tort d'être très vague et le défaut plus grand encore de n'attirer l'attention du médecin que lorsque l'élément douleur entre en jeu, élément très variable, ici comme partout, et qui n'a aucune valeur dans l'espèce. Certaines femmes souffrent beaucoup, avec un coccyx modérément mobile, mais avec des lésions ovariennes, rendues plus sensibles par les ébranlements répétés, que communique au petit bassin le déplacement du releveur, véritable diaphragme pelvien. D'autres, et c'est le plus grand nombre, ne souffrent que d'une gêne vague, d'une pesanteur dans le petit bassin, qu'elles ne localisent pas au coccyx, et que l'on comprend parmi le complexus douloureux, qui accompagne la rétrodéviation. Il s'agit de la localisation d'un foyer douloureux, élément toujours très variable et habituellement inexplicable, ici comme dans bien d'autres cas analogues. Enfin il en est qui ne souffrent aucunement de leur mobilité coccygienne, ni de leur rétrodéviation, si prononcée qu'elle soit, et que l'on a de la peine à convaincre de l'utilité d'un traitement.

Au point de vue de ce traitement, il faut bien reconnaître que nous sommes jusqu'à présent très désarmés, le traitement local étant impossible. Cependant je crois que les pessaires très allongés, du type de celui de Hodges peuvent rendre de grands services, en fournissant un point d'appui à la masse musculaire du releveur, et lui permettant de ne pas se déplacer en avant avec le coccyx; peut-être même limitent-ils le déplacement de celui-ci en avant.

En tout cas, les malades ont obtenu par ce moyen un réel soulagement; mais il faut souvent tâtonner longtemps avant de trouver la taille appropriée à chaque cas particulier. La colporrhaphie postérieure rend également des services, en corrigeant le déplacement du vagin.

Dans certains cas cependant, rien ne peut calmer la douleur, soit que la femme souffre depuis très longtemps et qu'une névralgie rebelle, qui seule mérite le nom de coccygodynie, se soit installée à ce niveau, survivant à la réparation de la lésion, — soit qu'il existe un ovaire douloureux et prolabé, dont les mouvements du coccyx réveillent chaque fois la souffrance. Ces femmes sont les mêmes, d'ailleurs, qui souffrent pendant le coït et pendant la défécation. L'extirpation de l'ovaire s'il est malade ou plutôt celle du coccyx peuvent alors devenir le seul remède.

J'ai été obligé de faire cette extirpation, dans un cas où le coccyx très long et très mobile, par suite d'une chute survenue peu après l'accouchement, venait heurter un ovaire prolabé, chaque fois que la malade s'asseyait ou exécutait certains mouvements. Quant au manuel opératoire de cette ablation, je préfère à l'incision linéaire de Wolf et de Montgommery deux incisions, l'une transversale, l'autre oblique, formant lambeau et découvrant, après rabattement, une large brèche triangulaire. Je tiens à insister sur la nécessité, après le détachement des fibres du releveur et des ischio-coccygiens, de ne pas abandonner les fibres à elles-mêmes, ce qui accroîtrait encore le relâchement du diaphragme pelvien et son déplacement en avant. Au moyen de fortes ligatures à la soie, je reprends ces fibres et je les rattache aux ligaments postérieurs et latéraux du sacrum, fronçant les bords de la brèche laissée par l'ablation du coccyx. Repos absolu dans le décubitus latéral; constipation pendant quinze jours, corrigée par l'emploi des antiseptiques intestinaux.

Chez une malade traitée ainsi, la rétrodéviation, d'ailleurs non compliquée de rétroflexion et n'atteignant pas le fond du Douglas, a été guérie *ipso facto,* et sans autre traitement. Actuellement le col est très remonté en arrière et les douleurs ont entièrement disparu. Pendant l'opération, une fois les fils passés, mais non fixés, il était aisé de constater qu'en tirant sur eux, le périnée tout entier se déplaçait en arrière, et que le col de l'utérus remontait de plusieurs centimètres.

En résumé, je conseille, dans les rétrodéviations mobiles, de

rechercher toujours les déplacements du coccyx, douloureux ou non. S'il n'est pas douloureux, un bon pessaire remédiera à la fois au déplacement du coccyx et de l'utérus. Si la douleur est le phénomène dominant, et que l'ablation des annexes ne soit pas formellement indiquée d'autre part, la coccygectomie, avec réinsertion du releveur de l'anus au sacrum, trouvera son application. Comme cette opération n'est ni plus dangereuse ni plus difficile que toutes celles qui ont été imaginées pour fixer l'utérus en avant, elle pourra être tentée avec avantage.

FAIBLESSE DU PLANCHER PELVIEN A LA SUITE DES INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. MOYEN D'Y REMÉDIER

Par M. **Ch. Boisleux,** (de Paris).

Depuis près de 7 ans que je pratique le massage gynécologique dans les inflammations péri-utérines, périmétrites chroniques, j'ai pu observer de nombreux résultats obtenus par le simple massage gynécologique ; mais en dehors des cas qui ont été guéris par ce mode de traitement, j'ai observé des cas rebelles au massage, rebelles au traitement direct, c'est-à-dire à la rupture des adhérences à l'aide du doigt, soit par la voie abdominale soit par la voie vaginale. Contrairement à l'adage « SUBLATA CAUSA TOLLITUR EFFECTUS, » les adhérences rompues, il restait après l'opération une faiblesse du plancher, du bassin ; la malade ressentait toujours une pesanteur en marchant, il restait après l'opération une faiblesse du plancher, du bassin ; la malade ressentait toujours une pesanteur en marchant, il restait après l'opération une sorte de tassement des organes dus à la parésie résultante des lésions inflammatoires paralysant les fonctions des muscles du bassin et en particulier celles du releveur de l'anus. Cette parésie du plancher du bassin ne peut être guérie par le massage. J'ai en effet maintes fois essayé le massage dans des cas semblables et toujours les organes retombaient flasques et inertes sans tonicité dans le petit bassin. La femme soulagée n'était pas complètement guérie quoi que l'on fit. J'ai tenté ces derniers temps, dans des cas graves anciens, de fixer l'utérus à la paroi abdominale comme s'il s'agissait d'un cas de rétroflexion.

La fixation est faite au niveau du fond de l'utérus par un crin de Florence. Ce fil passe à travers l'aponévrose abdominale et comprend une épaisseur assez forte de la paroi utérine. Il reste perdu dans la plaie (versenkt) comme le fait M. Pozzi. Il est indispensable de laisser à l'utérus toute sa mobilité et dans ce but l'anse du fil ne sera que légèrement serrée. A cette méthode, il conviendra de joindre 15 jours après l'opération le massage gynécologique qui viendra compléter la guérison de la malade.

Nous recommandons vivement l'appareil que voici, qui rend les organes plus accessibles. Cet appareil ou PÉDIOSTAT a pour but de fixer les pieds pendant le massage et de fléchir les cuisses sur le bassin. Cette position n'est pas du tout incommode pour la patiente, et permet d'atteindre plus aisément les organes qu'avec l'élévateur simple du banc de Thure Brandt. Il peut s'adapter au banc de Thure Brandt et à toutes les tables gynécologiques.

SÉANCE DE SAMEDI 5 SEPTEMBRE 1896

MATIN

Présidence de M. le Dr JACOBS.

FIN DES COMMUNICATIONS INDIVIDUELLES

LA COLPOTOMIE ANTÉRIEURE ET SES DIFFÉRENTES INDICATIONS

Par M. le Professeur **Sabino Cœlho**, de Lisbonne.

Résumé de ma communication.

En plus des douze cas de suppurations unilatérales des annexes et des seize cas de rétrodéviations pour lesquels j'ai fait la colpotomie antérieure et dont j'ai déjà parlé dans une des séances de ce Congrès, je compte encore d'autres opérations de colpotomie antérieure, car le nombre total de mes colpotomies antérieures est de quarante-cinq.

Quatre de ces opérations ont été faites pour l'ablation de myômes, variant de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf d'oie, sans y compter l'extirpation de tumeurs au cours des colpotomies faites sur d'autres indications.

J'ai aussi extirpé par cette voie trois kystes de l'ovaire, l'un gros comme le poing et les autres un peu plus grands.

Dans dix autres cas j'ai pratiqué cette l'opération pour le traitement de petits kystes des ovaires et des trompes que j'ai ponctionnés. Je ne comprends pas dans ce groupe les ponctions de kystes au cours de colpotomies faites dans un autre but.

Je n'ai pas eu de cas de mort. Toutes ces 17 opérées ont guéri comme les autres vingt-huit, sans fièvre, sans suppuration de l'incision, sans blessure de la vessie, ni des uretères. J'en ai revu quatorze. La guérison se maintient. J'ai revu dix des opérées pour suppuration des annexes (qui sont au nombre de douze) et des seize opérées pour rétro-dévations utérines j'en ai revu quatorze. La guérison se maintient aussi chez toutes ces malades.

UNE FORME PEU CONNUE D'ALTÉRATION ÉPITHÉLIALE DU COL DE L'UTÉRUS.

Par MM. **A. d'Hotman de Villiers** et **Louis Thérèse** (de Paris).

Il s'agit dans ce cas d'une dame âgée de 41 ans, de forte corpulence et de santé parfaite.

Aucun antécédent personnel.

Son père est mort à 61 ans d'un cancer de l'estomac.

Mariée à 20 ans, accouchement normal un an après. 2me grossesse quatre ans après, présentation du siège, version interne, couches sans accident.

Le début de l'affection qui nous intéresse, paraît remonter à deux ans. A cette époque on ne trouve comme symptômes que de la pesanteur dans le bas ventre et des pertes blanches abondantes, pour lesquelles la malade fut amenée à nous consulter.

Au premier examen, nous constatons un léger abaissemant utéro-vaginal.

Au toucher, nous trouvons un utérus un peu gros en antéflexion physiologique.

Rien d'anormal du coté des annexes.

A l'examen au speculum, le vagin est rempli d'une sécrétion crémeuse, le col est augmenté de volume avec ses deux lèvres ulcérées.

Un peu au-dessous de l'ulcération de la lèvre inférieure, sur la partie médiane de la face inférieure du col, on trouve une petite plaque blanche de la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Cette plaque d'un blanc nacré, brillant, était recouverte d'une sécrétion épaisse, blanc-jaunâtre, se détachant difficilement de la surface sécrétante. Après avoir enlevé cette sorte d'enduit, nous avons cherché à nous rendre compte de la nature de cette altération. Elle semblait comme appliquée sur la surface du col en faisant un léger relief sur le tissu sain environnant. Avec une pince nous avons essayé d'en enlever un fragment, nous dûmes y renoncer, non seulement à cause de l'adhérence intime qui existait avec le tissu sous-jacent, mais aussi à cause de la petite hémorrhagie qui se produisait à chaque tentative.

Du mois de mai 1895, jusqu'à la fin d'août, nous avons pu suivre l'évolution de cette plaque blanche dont la nature nous échappait;

s'agrandissant petit à petit, au bout d'un mois elle avait doublé de grandeur, puis elle nous sembla rester stationnaire pour reprendre un mois après une sorte de poussée de développement en gagnant de proche en proche la commissure droite de l'orifice cervical.

Vers la fin d'août, elle avait envahi progressivement la partie supérieure droite du col, immédiatement au-dessus de l'ulcération de la lèvre supérieure.

Pendant cette longue période, l'état général de la malade n'a subi aucune modification, mais en même temps que cette plaque se développait, les sécrétions devenaient de plus en plus abondantes, toujours inodores et très épaisses. L'enduit que nous avons signalé sur la plaque devenait également plus compact et plus abondant. Les ulcérations des lèvres du col avaient disparu sous la seule influence d'injections antiseptiques et de pansements à la glycérine.

Nous avons de prime abord établi une certaine analogie d'aspect entre cette plaque blanche et la plaque cancéreuse des fumeurs que l'on observe sur la langue. Mais devant un état général excellent et ne trouvant aucun symptôme patent pouvant se rapporter au début d'un cancer épithélial, nous avons abandonné cette première hypothèse pour nous rattacher à l'idée d'une altération de la vulve, similaire d'aspect et récemment décrite par Breisky, Otmann, Dumésnil et H. W. Longyear, sous le nom de « Kraurosis Vulvæ. » Nous rapprochâmes donc sans trop de conviction l'altération de notre malade à du Kraurosis qui se serait développé sur le col de l'utérus. Devant la difficulté d'un diagnostic précis et devant l'envahissement progressif de la lésion, nous présentâmes le cas à notre maitre et ami le Dr Auvard.

Après un examen minutieux, nous réservant sur le diagnostic définitif, nous conclûmes à une intervention. Curage et amputation totale du col. L'opération fut pratiquée le 15 septembre, les suites en furent simples et des plus normales.

Examen histologique.

Après action de l'alcool la plaque qui existait sur le col se présente sous l'aspect de petits cuticules blanchâtres, légèrement saillants qui rappellent les épaississements épidermiques dus au frottement ou à toute autre cause irritante.

Sur des coupes colorées au picro-carmin et montées à la glycérine,

on voit une véritable couche cornée formée d'éléments épithéliaux aplatis fortement colorés en jaune par l'acide picrique. Quelques rares noyaux prennent encore le carmin. Au-dessous de cette couche cornée, la couche de Malpighi est épaissie, composée d'éléments épithéliaux normaux à prolongements exodermiques bien nets. De place en place, soit immédiatement sous la couche cornée, soit un peu plus profondément cet épithélium polygonal subit quelques changements. Les cellules se groupent en une sorte d'évolution nodulaire, les plus périphériques étant les plus aplaties. Celles qui sont au centre du nodule ont perdu de leur régularité, les prolongements exodermiques ne sont plus visibles. Cette disposition donnerait assez bien l'impression des premières phases d'un épithéliome perlé ou du cancroïde. Aucun noyau cependant n'apparaît en karyokynèse, même sur les coupes colorées au carmin d'alun ou à l'hématoxyline. En aucun point les cellules épithéliales n'envahissent les tissus sous-jacents.

M. **R. Pichevin** (de Paris). — Dans le cas publié par M. d'Hotman de Villiers, je crois qu'il s'agit d'une leucokératose dégénérée et développée sur la face vaginale du col, affection qui a été l'objet d'un travail de Reclus, en 1887.

R. Weiss et Jouin l'avaient signalée auparavant. Bex et Perrin l'ont étudiée. Tout dernièrement, M. Monod (de Bordeaux) faisait une communication sur cette question.

L'affection débute par une plaque blanche, nacrée et les accidents locaux sont pour ainsi dire nuls pendant longtemps. L'état général est excellent, même quand la dégénérescence épithéliomateuse a envahi les plaques leucoplasiques depuis plusieurs mois. J'ai observé un cas intéressant auquel j'ai fait allusion dans la séance d'hier : il s'agissait d'une femme de plus de 50 ans que j'ai examinée pour la première fois il y a 5 ans environ. Il existait au début sur l'insertion vaginale postérieure du col un point moins souple que normalement ; je soupçonnai une altération grave et invitai la malade à venir me voir peu de temps après. Elle vint à la visite pendant quelques semaines et je ne la retrouvai qu'au bout de deux ans, les plaques leucoplasiques étaient des plus nettes et il y avait propagation du côté du vagin et envahissement de la cavité utérine par la dégéné-

rescence. La malade ne souffre pas ; elle est simplement incommodée par des sécrétions muco-purulentes, à peine odorantes et sa santé est encore bonne, quoiqu'elle ait une dégénérescence épithéliomateuse depuis au moins deux ans. L'intervention n'était pas indiquée parce que la paroi vaginale était trop envahie et qu'il eût fallu pratiquer une hystérectomie compliquée d'une large résection vaginale. L'épithélioma de cette espèce, et chez les femmes qui ont plus de 50 ans, marche ordinairement si lentement que je me suis abstenu de tout traitement chirurgical.

La leucokératose a une marche insidieuse et peut durer plusieurs mois, un, deux ou trois ans avant qu'elle se transforme en épithélioma. Tant qu'il y a simplement hyperkératinisation le danger n'existe pas ; mais subitement, sous l'influence d'une ulcération spontanée, d'un traumatisme ou d'autres causes peu connues, la deviation cellulaire se produit en sens inverse, et on voit apparaître des globes épidermiques. L'épithélioma est constitué. Il y a intérêt à traiter chirurgicalement ces plaques leucoplasiques dès leur apparition. L'excision est bien indiquée, il y a chance d'enrayer le mal, à ce premier stade d'évolution. Cependant les chiffres donnés par M. Monod sont peu encourageants ; mais il est probable que les faits qui ont servi à la statistique ont trait à des cas avancés. Il est à supposer que l'on a enlevé tardivement les plaques, et que celles-ci étaient déjà dégénérées. Quoiqu'il en soit, sur 6 cas opérés il y a eu 4 morts par récidive. Une cinquième malade opérée par Reclus dut subir une seconde intervention 17 mois après. Enfin Monod a observé une malade qui est restée guérie pendant 4 ans. Cette femme a été opérée de nouveau il n'y a pas longtemps. Cependant M. Bouilly me disait tout dernièrement que le pronostic, d'après son expérience, était moins sombre que celui qui résulte de cette statistique.

La leucokératose vaginale n'est pas assez connue. Il serait nécessaire que l'affection fût diagnostiquée dès ses premières phases et que l'incision large de la plaque fût pratiquée de bonne heure.

ANATOMISCHE UNTERSUCHUNGEN DIE ALEXANDER-KOCHER'SCHE OPERATION BETREFFEND.

Par M. le Dr **Beuttner** (de Genève).

Meine anatomischen Untersuchungen über die Alexander-Kocher'-sche Operation basiren auf 24 an der Leiche (12) ausgeführten Operationen.

Ich wollte erstens die Frage prüfen, ob wirkliche Fälle sich ereignen, in denen das Lig. rotundum nicht gefunden werden könne, d. h. Fälle, in denen man von einem direkten operativen Misserfolg sprechen müsste.

Ich habe in der von Kocher in seiner «Chirurgischen Operationslehre vom Jahre 1894» angegebenen Weise operirt, d. h. die Haut in der ganzen Länge kleinfingerbreit über dem Lig. Poupartii gespalten, ebenso die Fascia superficialis.

Nachdem so der äussere Leistenring freigelegt war, wurde weiter nach Kocher die Fascie des Musc. obliquus externus incidirt und damit die vordere Wand des Leistenkanals durchschnitten.

Da von verschiedenen Seiten der Vorschlag gemacht worden war, den Leistenkanal nicht zu spalten, sondern das Lig. rotundum am äusseren Leistenringe aufzusuchen, so habe ich mir bei meinen Leichen-Versuchen auch über das Verhalten des Annulus externus Aufschluss verschaffen wollen.

Wir finden Auftreten und Beschaffenheit derselben sehr verschieden. Lassen wir vorderhand den 12. Fall bei Seite und ziehen nur die ersten 11 Fälle, also 22 Alexander'sche Operationen in Betracht, so wurde der äussere Leistenring nur 14 mal deutlich aufgefunden, 5 mal war er undeutlich ausgesprochen und dreimal überhaupt nicht festzustellen.

Wir constatiren auch in der «Ausstrahlung des Lig. rotundum» eine grosse Variabilität, in dem erstere das eine Mal sofort nach dem Austritt aus dem Annulus inguinalis internus begann, das andere Mal vor der Mitte (zwischen innerem Leistenring und Linea alba), wieder ein ander Mal in der Mitte oder kurz vor dem Annulus externus. Die Ausstrahlung kann aber auch erst nach dem Austritt aus dem Leistenkanal statthaben.

Ist schon die Stelle der Ausstrahlung mannigfachen Schwankungen unterworfen, so ist es auch die Art und Weise derselben; manchmal theilt sich das Lig. rotund. sofort in feine Fasern, manchmal geht dies nur ganz allmählich vor sich; auch zeigten sich, allerdings nur geringe, Verschiedenheiten zwischen rechter und linker Seite ein und desselben Cadavers.

Von allen 12 (resp. 24) Fällen wäre die sichere Auffindung des Lig. rotund. am Annulus inguinalis externus vielleicht nur ein einziges Mal gelungen.

Gestützt auf unsere Beobachtungen sind wir wohl berechtigt, folgenden Ausspruch zu thun:

Bei Ausführung der Alexander'schen Operation muss das Lig. rotund. stets am inneren Leistenring oder doch im Leistenkanal selbst aufgesucht werden.

Da der äussere Leistenring, wie wir wissen, durch ein spaltförmiges Auseinanderweichen der Aponeurose des Musc. obliquus externus, nahe dem Tuberculum pubis entsteht, so wollte ich mir auch über die Lage des letzteren Aufschluss verschaffen, indem ich die Entfernung der Tubercula pubis von der Mittellinie der Symphyse untersuchte. Da zeigte sich denn, dass im grossen und ganzen zwischen rechter und linker Seite keine namhaften Verschiedenheiten bestehen, nur im Fall 7 konnte eine solche von 0,6 cm und im Fall 11 eine von 0,3 cm nachgewiesen werden.

Die Distanz der Tubercula pubis von der Mittellinie der Symphyse schwankte von 3-4,6 cm und betrug im Mittel 3,6 cm.

Eine weitere Frage, die ich mir in Verfolgung meiner anatomischen Untersuchungen bezüglich des Lig. rotund. stellte, war die: « *Welche Dicke besitzt das Ligament beim Austritt aus dem inneren Leistenring?* »

Die geringste Dicke betrug 1,7 mm, die grösste 2,7 mm, das Mittel 2,3 mm. Indem ich weiter nach der Dicke des Lig. rotund. in der Mitte zwischen inneren Leistenring und der Symphyse forschte, machte ich die Erfahrung, dass die Frage sich in beinahe der Hälfte der Fälle mit denjenigen der Ausstrahlung deckte; nur 14 mal konnte das Lig. rotund. an dieser Stelle noch gemessen werden und betrug die Dicke im Mittel 1,3 mm.

Ferner wollte ich mir Rechenschaft geben über das Verhältniss des Verlaufes der Lig. rotunda zum Lig. Poupartii; zu diesem Zwecke wurde der Abstand vom letzteren an zwei Orten gemessen; erstens da, wo das runde Mutterband den inneren Leistenring verlässt und

zweitens, in der Mitte zwischen innerem Leistenring und Mitte der Symphyse.

Für den ersten Punkt betrug der grösste Abstand 15 mm und der geringste 8 mm.

Die Entfernung des zweiten Punktes vom Lig. Poupartii betrug im Maximum 12 mm und im Minimum 2-3 mm, also auch hier verhältnissmässig grosse Differenzen.

Wichtig und zugleich interessant war es, darnach zu forschen, *wie weit sich das Lig. rotund. aus dem inneren Leistenring herausziehen lasse.*

Leider verfügen wir nur über 3 bezw. 6 ganz reine Fälle und konnte im Minimum das Lig. rotund. 5,5 cm und im Maximum 12 cm herausgezogen werden; zwischen rechter und linker Seite haben wir einen Unterschied bis zu 2 cm zu verzeichnen.

Die Schlussfrage, die ich mir stellte, war die: Sollen die aus dem inneren Leistenring herausgezogenen Lig. rotund. nach den Spinæ cristæ anteriores zu fixirt werden (Kocher) oder nach der Symphyse zu? Die Antwort lautet:

Bei Ausführung der Alexander'schen Operation müssen die Lig. rotunda, wie dies Kocher vorgeschlagen, stets nach oben, d. h. nach den Spinæ anteriores superiores zu fixirt werden.

Das Lig. rotund. wurde immer aufgefunden, mit Ausnahme des 12. Falles, den Cadaver einer 71jährigen Frau betreffend; es zeigte sich, dass das in Frage stehende Lig. schon im breiten Mutterbande in feine Fasern aufgelöst war.

ZUR TECHNIK DER EINFÜHRUNG VON GAZE IN DEN UTERUS.

Par M. le Dr **Beuttner** (de Genève).

Schon als Assistent der Universitäts-Frauenklinik in Bern habe ich obiges Thema in Nr. 48 des *Centralbtattes für Gynæcologie* (1893) behandelt und damals ein Instrument (Fig. I) angegeben.

Dieses 1. aus einer 15 cm langen, oben offenen Röhre mit trichterförmiger Erweiterung am peripheren Ende,

2. aus einem zerlegbaren Schalengehäuse mit centraler Spindel und

3. aus einem gut fassbaren Griff bestehend, ermöglicht, in Combination mit dem Sims'schen Speculum, eine völlig aseptische Uterustamponade.

Frank (*Therapeutische Monatshefte*, Juni 1896) publicirte des Weiteren eine sinnreiche Combination des zerlegbaren Schalengehäuses mit dem Sims'schen Speculum (Fig. II).

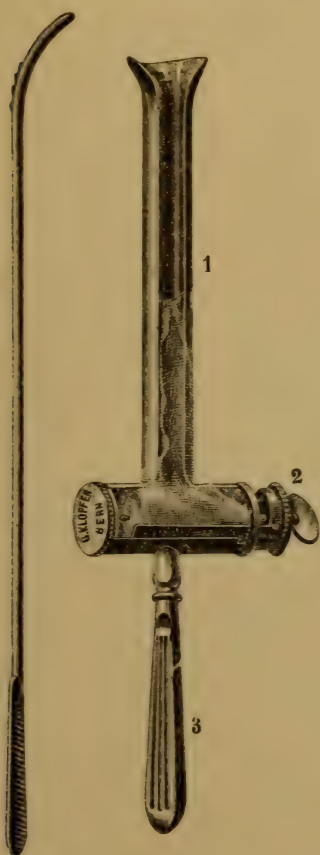


Fig. I.



Fig. II.

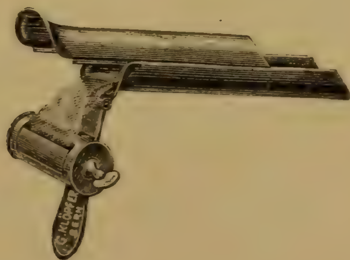


Fig. III.

Indem ich bezüglich der Uterustamponade-Drainage immer nach Besserem strebte und dabei hauptsächlich die Bedürfnisse des alleinstehenden Arztes mir vor Augen hielt, entschloss ich mich, ein neues Instrument construiren zu lassen.

Dasselbe (Fig. III.) aus Metall gearbeitet, hat ganz und gar die Form des Fergusson'schen Speculums, immerhin mit der Modification, dass es aus zwei Halbrinnen zusammengesetzt ist, die durch zwei innere, seitliche « Geleise » so miteinander in Verbindung gebracht werden können, dass eine vollständige Röhre entsteht. Die der hinteren Vaginalwand entsprechende Rinne hat einen gut fassbaren, um ein Charnier drehbaren Griff und trägt eine metallene Leiste zur Befestigung des Jodoformgaze-Behälters, der in der Weise vereinfacht wurde, dass die Centralspindel weggelassen wurde.

Die Technik einer Tamponade-Drainage mit dem soeben beschriebenen Instrument gestaltet sich folgendermassen :

Desinfection der äusseren Genitalien ; Einführen des auf irgend eine Weise aseptisch gemachten modificirten Röhrenspeculums ; Abtupfen der Portio mit in Sublimat getränkten Wattebäuschchen; Anhacken der vorderen Muttermundslippe mit Kugelzange ; Herausziehen der vorderen Rinne und Herunterziehen des Uterus. Befestigung des geschlossenen und vorher mit Gaze versehenen Behälters an der keilförmigen Prominenz des Griffes ; geringes Oeffnen des Behälters ; Ergreifen des Anfangstheiles der Gaze mit aseptischer Pincette ; Hineinleiten der Gaze in die Rinne des Speculums resp. in den Uterus vermittelst einer sterilen Stopfsonde.

Um die Gebärmutter möglichst tief herabziehen zu können, wird man nach Entfernung der vorderen Halbrinne ebenfalls die hintere etwas herausziehen, damit das hintere Scheidengewölbe sich genügend einstülpen kann ; es ist eben nicht zu vergessen, dass unser Instrument die Eigenschaften der Röhren- mit den Rinnenspecula zu vereinigen hat.

Mein Jodoformgaze-Behälter lässt sich auch bequem mit den Neugebauer'schen Specula und mit dem Nott'schen Speculum combiniren (Frank).

ÜBER ULCERA ROTUNDA VAGINAE.

Par M. le Dr **Beuttner** (de Genève).

Im Februarheft der *Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynæcologie* (1896) publicirte ich eine kleine Arbeit, betitelt « Ulcus rotundum simplex vaginæ ; » die Zahl der Fälle belief sich, wenigstens so

weit mir die Litteratur zugänglich war, auf acht, von denen zwei von Zahn, einer von Browicz, zwei von Braithwaite, einer von Skowronski und zwei von mir beschrieben worden sind.

Ich bin nun in der Lage, einen weiteren Fall beizufügen, der mir ganz besonders der Aetiologie halber interessant zu sein scheint.

Anamnese: Frau A. T., 23 Jahre alt; erste Geburt im Jahre 1894. Schwangerschaft verlief normal, ebenso Geburt und Wochenbett.

Pat. hat sich stets der besten Gesundheit erfreut, hat nie ein Pessar getragen. Letzte Menstruation im October 1895. Ende December fühlte sich die Kranke sehr matt und klagte hauptsächlich über Müdigkeit in den unteren Extremitäten; sie will häufig an der Maschine genäht haben.

Am 31. December 1895 sprang Pat. eine Strecke von circa 50 Meter, um das Tramway zu erreichen, als sie sich plötzlich gezwungen sah, anzuhalten, da sich heftige Schmerzen im Abdomen einstellten. Nach Verlauf einer Stunde hatte sie sich so weit erholt, dass sie zu Fuss nach Hause gehen konnte.

Pat. suchte sofort das Bett auf, das sie nicht mehr verliess; die Schmerzen localisirten sich hauptsächlich in der linken Seite des Unterleibes und nahmen bei der geringsten Bewegung an Intensität zu.

Zu gleicher Zeit stellte sich Blutabgang aus der Scheide ein.

Status præsens am 4. Januar 1896: Abdomen leicht eindrückbar, nicht aufgetrieben, in den linken, unteren Partien etwas empfindlich.

Uterus vergrössert; der Fundus überragt die Symphyse um zwei Querfinger; Lage normal. Gebärmutter von rundlicher Form, bei Betastung etwas empfindlich. Cervicalcanal geschlossen.

Rechte Adnexe normal; linkerseits eine diffuse, schmerzhafte Resistenz.

Aus der Scheide entleert sich eine sero-sanguinolente, nicht übelriechende Flüssigkeit.

Der Allgemeinzustand der Kranken ist befriedigend; Appetit ordentlich; kein Fieber.

Krankheits-Verlauf: 4. Januar 1896. Absolute Bettruhe. *Priesnitz*'scher Umschlag auf's Abdomen. Wasser-Klystier mit Tinct. opii.

5. Januar 1896. Schmerzen nehmen ab. Subjectives Wohlbefinden.

6. Januar 1896. Pat. hat eine sehr gute Nacht verbracht. Nachmittags 5 Uhr plötzlich Exitus letalis.

Klinische Diagnose: Gravidität von zehn Wochen. Drohender Abortus. Plötzlicher Tod in Folge Lungenembolie.

Sections-Befund: Mittelgrosse Frau. Fettgewebe erhalten. Der Douglas'sche Raum ist durch einen kindskopfgrossen, fluctuirenden Tumor ausgefüllt. Das rechte Ovarium ist hinter diesem letzteren placirt.

Die utero-vaginalen Venen sind dilatirt und enthalten flüssiges Blut.

In der linken Vene hypogastrica findet sich ein Thrombus.

Im rechten Ovarium ist ein enorm grosses Corpus luteum zu constatiren, das beinahe den ganzen Eierstock einnimmt.

Das linke Ovarium ist klein, mit alten Narben.

Im vorderen Scheidengewölbe ein gelblicher Fleck mit hyperæmischen Rändern, ähnlich einem Geschwür, nahe dabei ein weiteres solches Gebilde.

Anatomische Diagnose: Doppelseitige Lungen-Embolie mit totaler Obstruction der beiden Lungenarterien. Doppelseitige Hyperæmie der Lungen mit Oedem rechterseits. Ausgesprochene venöse Stase sämmtlicher parenchymatöser Organe.

Thrombose der linken Vena hypogastrica. Grosser freier Thrombus in dem unteren Abschnitt der Vena cava inferior.

Hæmatometra, verursacht durch capilläre Hæmorrhagien von Seiten der Decidua.

Linksseitige Tubarschwangerschaft von circa acht Wochen.

Im vorderen Scheidengewölbe zwei gelbliche Flecken, mit hyperæmischen Rändern, wahrscheinlich Necrose der Vaginalschleimhaut.

In meiner früheren Publication habe ich zum ersten Mal ein möglichst einheitliches Krankheitsbild des Ulcus rotundum vaginæ entworfen, indem ich der Reihe nach Aetiologie, Symtomatologie, anatomische Veränderungen, -Diagnose, Differentialdiagnose, Prognose, und Therapie besprach.

Gestützt auf die bis jetzt eruirten ætiologischen Momente, denke ich mir die beiden Ulcera im vorderen Scheidengewölbe folgendermassen entstanden:

Durch die Extrauterinschwangerschaft in der linken Tube wurde die Vena hypogastrica sinistra frühzeitig comprimirt und entstanden so Stauungen nach dem Uterus und der Scheide (Section ergab Dilatation der utero-vaginalen Venen); in letzterer traten dann venöse Blutungen zunächst der Oberfläche der Schleimhaut in diese selbst auf und brachten das hæmorrhagisch infiltrirte Gewebe zur Necrose, was weiter die Geschwürsbildung nach sich zog.

In Folge der Compression der Vena hypogastrica sinistra in relativ früher Zeit der Schwangerschaft entstand ein Thrombus daselbst

und des weitern ein freier Thrombus in der Vena cava inferior; als dann die Patientin am 31. December 1895 dem Tramway nachsprang, lösten sich einzelne Theile der Thromben los und riefen das Bild der Embolie hervor. (Heftige Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes, die bei der geringsten Bewegung an Intensität zunahmen.) Eventuelle Infarcirung der linken schwangeren Tube.

Dass wir es mit «Embolie» zu thun hatten, beweist wohl auch der Abgang einer sero-sanguinolenten Flüssigkeit aus der Scheide, entstanden durch Infarcirung der Uteruswand resp. der Decidua (die Section ergab Hæmatometra), sowie die sechs Tage später auftretende Lungen-Embolie.

Um nun über das Ulcus rotundum selbst Rechenschaft zu geben, wurde das eine der beiden in Colloidin eingebettet, hernach in Serienschnitte zerlegt und mit Alaunkarmin behandelt; bei der folgenden microscopischen Untersuchung konnte folgendes constatirt werden:

Im vorliegenden Präparat wird auf der einen Seite die Geschwürsfläche durch mehrschichtiges Plattenepithel begrenzt, das, gegen das Centrum des Ulcus allmählig abnehmend, schliesslich vollständig verschwindet. Auf der anderen Seite des unterlegten Schnittes kann constatirt werden, dass der Epithelialüberzug gänzlich fehlt; wenn man aber eine grössere Reihe aufeinander folgender Schnitte unter dem Microscop durchgeht, so macht man die Beobachtung, wie sich neugebildetes, mehrschichtiges Plattenepithel, in schlangenförmigen Windungen gegen das Geschwürscentrum vorschiebt, um endlich. die Geschwürsfläche überdeckend, mit dem bedeutend voluminöseren Plattenepithel der anderen Seite zusammen zu stossen. Diese letztere Plattenepithelschicht weist gut ausgebildete Papillen auf, während das schlangenförmig gewundene Plattenepithel, das übrigens noch relativ wenige Lager von Epithel besitzt, der Papillen vollständig entbehrt.

Dort, wo das Plattenepithel gänzlich fehlt, findet sich das Gewebe blutig imbibirt. Unmittelbar unter der Imbibitionsschicht findet sich eine ziemlich breite Zone, die durch eine mächtige Phagocytose auffällt, die nach dem Centrum des Geschwürs an Stärke zunimmt.

Man kann sagen, dass die Höhe der Plattenepithelschicht und die Mächtigkeit der Phagocytosenschicht in reciprokem Verhältniss zu einander stehen.

Die Venen des paravaginalen Gewebes sind dilatirt. Die Arterien zeigen endarteritische, mesarteritische und periarteritische Veränderungen.

Man könnte mir nun einwenden, dass die beiden Ulcera nicht durch Compression der Vena hypogastrica und daraus resultirender Stauungen entstanden seien, sondern durch embolische Processe; dem gegenüber ist zu erwidern, dass die mächtige Phagocytose und die Heilbestrebungen des Plattenepithels (schlangenförmige Windungen) darauf hindeuten, dass der krankhafte Process längere Zeit vor dem letalen Ausgang bestanden haben muss.

Ich will auch hier betonen, dass das Leiden entschieden nicht so selten ist, und hoffe, dass meine kleine Publication dazu beitragen wird, noch mehr Licht in die Aetiologie des Ulcus rotundum vaginæ zu bringen.

Dass hier ähnliche Verhältnisse wie beim runden Magengeschwür vorliegen, zeigt mein zweiter Fall, wo ich zu gleicher Zeit mit dem Ulcus rotundum vaginæ ein Ulcus rotundum duodeni constatiren konnte.

NOTES STATISTIQUES SUR LE MOUVEMENT CLINIQUE ET OPÉRATOIRE DE L'HÔPITAL « MARIA VICTORIA » DE TURIN DU 10 OCTOBRE 1887 au 31 JUILLET 1896

Par M. le Docteur **A. Pinna Pintor**, premier assistant de l'Hôpital.

Chargé de la tâche agréable de représenter dans cet honorable Congrès l'hôpital « Maria Victoria » de Turin, je ne saurais mieux la remplir qu'en présentant quelques notices historiques et en résumant par de courtes notes statistiques l'œuvre accomplie dans les quelques années d'existence de cette nouvelle institution, la seule, que je sache, en Italie, pour les maladies des femmes.

L'hôpital « Maria Victoria » fut conçu par le professeur G. Berruti. Sa première pierre a été posée en présence de S. A. R. le Prince Amédée Duc d'Aoste, au mois d'avril 1883. Il ouvrit ses salles aux pauvres le 10 octobre 1887. Les femmes acceptées et traitées dans les 8 années et demie suivantes sont au nombre de 3212. Les femmes visitées et traitées dans le service gratuit sont au nombre de 9520. Les consultations gratuites atteignent le chiffre de 17,468. Les

secours d'urgence effectués en dedans et en dehors de l'hôpital ont été de 2309.

Voici en abrégé le mouvement intérieur de l'hôpital depuis le 10 octobre 1887 au 31 juillet 1896 :

Femmes acceptées dans les deux sections de gynécologie	3212
Traitements chirurgicaux	2667
Traitements médicaux (Electrothérapie, galvanothérapie, hydrothérapie, etc.)	545
Malades renvoyées de l'hôpital guéries	2287
» notablement soulagées.	222
» rentrées à cause de récidive ou pour une autre opération.	81
» renvoyées sans traitement	33
» stationnaires.	22
» décédées après l'opération	90
» » indépendamment des actes opératoires	12
Mortalité générale absolue	3,20 %
» » relative	2,80 %

On peut classer les opérations exécutées dans les deux sections de gynécologie sous la direction des professeurs Berruti et Bergesio dans les groupes suivants :

I. Laparotomies abdominales	430
II. Hystérectomies totales abdominales	23
III. Hystérectomies totales vaginales	246
IV. Laparotomies vaginales	39
V. Amputations partielles de l'utérus	232
VI. Tumeurs polypeuses de l'utérus	72
VII. Colporrhaphies et colpopérinéorrhaphies	175
VIII. Fistules vésico et recto-vaginales	24
IX. Opérations d'Alquié-Alexander	36
X. Traitement chirurgical des sténoses cervicales . . .	191
XI. Chirurgie endo-utérine	1084
XII. Opérations sur le vagin et sur la vulve	60
XIII. Lésions vésicales et rectales	26
XIV. Amputations des seins	29

Pour ce qui concerne les laparotomies abdominales il faut remarquer que leur indication s'est toujours de plus en plus restreinte, surtout pour les différentes lésions utéro-ovariques. En effet si avant 1892 elles étaient très fréquentes chez nous, les opérations de Lawson

Tait et de Battey ont dû faire place peu à peu à l'hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale, qui donne des résultats bien meilleurs soit relativement à la mortalité soit à la récidive des maladies pour lesquelles l'opération a été indiquée.

Voulant maintenant classer les 430 opérées de laparotomie, voici les données statistiques que nous pouvons présenter.

	Opérées.	Guéries.	Mortes.
Laparotomies pour kystes de l'ovaire. . .	62	62	—
» » ligamentaires . .	20	19	1
Amputations supra-vaginales pour tumeurs malignes et bénignes de l'utérus . .	71	59	12
Salpingo-oophorectomies normales . . .	27	24	3
» pathologiques. .	152	133	19
Myomotomies.	5	5	—
Hystéropexies abdominales.	23	23	—
Laparotomies pour péritonites tuberculeuses, exsudatives et purulentes.	15	14	1
Laparotomies pour suppurations pelviennes.	12	10	2
» pour néoplasmes malins du péritoine	4	3	1
» pour destruction d'adhérences	15	15	—
» pour éventrations et hernies ombilicales	8	8	—
» dans un but de diagnostic .	13	12	1
Laparotomies pour des lésions intestinales, rénales, hépatiques et spléniques . .	4	2	2
Total . . .	431	389	42

Le procédé suivi dans les ovariotomies a été presque toujours le même. Toutes les fois qu'il le fut possible, on extirpa après évacuation du kyste et le pédicule fut abandonné dans le ventre. Quand il y avait des adhérences insurmontables on avait recours à la marsupialisation.

Dans ce domaine nous eûmes à l'hôpital « Maria Victoria » des résultats qui surpassent toute attente : sur 82 opérations il n'y eut qu'un cas de décès à cause d'un accident qu'on aurait pu prévenir.

Dans les amputations supra-vaginales on donna la préférence au traitement intra-péritonéal du pédicule, et si l'on avait dans les cinq premières années le vingt pour cent de mortalité, ce chiffre dans les trois années suivantes est tombé à cinq pour cent.

L'opération de Lawson Tait qui a eu ses moments d'enthousiasme, peut-être excessif, a été peu à peu abandonné pour l'hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale, de manière que si depuis 1888 jusqu'à 1893 on avait enregistré 114 cas de salpingo-oophorectomie, on enregistra dans les deux et demi dernières années un peu plus de 50 cas de salpingo-oophorectomie, malgré une notable augmentation des malades et des opérations. Et cela à cause de la moindre mortalité (au-dessous du 5 pour cent) à laquelle on est parvenu par l'hystéro-salpingo-oophorectomie vaginale et des résultats éloignés plus complets que l'on obtient par cette opération. D'ailleurs la salpingo-oophorectomie par la voie abdominale garde toujours ses indications et même chez nous, certaines éventualités étant données, on y a encore recours, surtout lorsque la lésion des annexes est très grave ou qu'elle est diffuse avec des adhérences intestinales probables.

La myomectomie abdominale n'a guère donné de bons résultats, et c'est pour cela qu'on y a presque completement renoncé, sauf dans les cas de tumeurs pédiculées.

L'hystéropexie abdominale n'a pas donné de mortalité et nous trouvâmes qu'elle remplissait parfaitement son but dans maints cas de rétrodéviation avec d'épaisses adhérences du Douglas, dans lesquelles il nous a été donné de constater le maintien même plusieurs années après l'opération de l'utérus en parfait état de réduction. Nous n'avons reçu pour ces cas aucune annonce de grossesse survenue depuis l'opération.

Le traitement chirurgical par laparotomie de la péritonite tuberculeuse a été suivie de résultats vraiment encourageants. Sur 15 cas, il ne succomba qu'une seule femme qui avait été transportée à l'hôpital dans un état très grave.

Dans un autre cas on constata la reproduction du liquide et cela très probablement parce que, après l'évacuation, on ferma complètement la plaie abdominale. Cette femme opérée de nouveau par laparotomie après quelques mois, et traitée cette fois par le drainage péritonéal, guérit parfaitement, et même aujourd'hui, deux ans après l'opération, elle jouit d'une bonne santé.

C'est au drainage péritonéal qu'il faut donner dans ces cas-ci la plus grande importance et c'est lui qu'il faut appliquer toujours et conserver le plus longtemps possible.

Dans ces derniers temps on a voulu accorder pour les suppurations pelviennes, la préférence à l'ouverture par la voie vaginale,

lorsque la collection fait saillie au niveau d'un des culs-de-sac vaginaux, qui est ordinairement le postérieur, l'incision de celui-ci, l'évacuation de la collection, le lavage et le drainage constituent une opération de peu de gravité et qui donne de très bons résultats. Toutefois, lorsqu'il s'agissait de collections haut placées dans le ventre, qui n'étaient accessibles ni par la voie vaginale ni par celle de Bardenheuer, on avait recours à la laparotomie avec le 9 pour cent de mortalité.

La mortalité pour l'hystérectomie totale abdominale a été élevée dans notre hôpital, et c'est pour cela que, comme je viens de le dire, dans les cas de tumeurs utérines volumineuses, surpassant les limites d'opérabilité par la voie vaginale, on a donné et on donne toujours la préférence à l'amputation supra-vaginale avec traitement intra-péritonéal du pédicule.

Les hystérectomies vaginales, dont la première remonte au mois de juillet 1892, atteignent le chiffre de 246. Elles ont été exécutées pour différentes indications : tumeurs malignes et bénignes de l'utérus, lésions des annexes, prolapsus du troisième degré, métrites graves avec hémorrhagies et déplacements, neuropathies, etc. La mortalité a été de 2 pour cent.

Quant à l'hystérectomie pour prolapsus utéro-vaginal complet, permettez que je mentionne le procédé que nous avons adopté et qui a été premièrement conçu et pratiqué par le professeur Berruti. Le premier temps de l'opération consiste dans une incision ovalaire des parois vaginales à une certaine distance du col utérin, et ensuite dans la dissection de ce large lambeau de muqueuse vaginale qu'on excise ensuite avec l'utérus. On réunit alors par suture, tout autour de la large brèche vagino-péritonéale, qu'on tamponne avec de la gaze, les bords de la muqueuse vaginale et de la séreuse péritonéale.

La guérison obtenue, le court segment du canal vaginal qui reste est soutenu et maintenu en haut par un entonnoir solide et adhérent de tissus cicatriciels et ainsi il n'existe plus aucune tendance à la récidive du prolapsus.

Nous avons pratiqué l'opération de Laroyenne, c'est-à-dire l'ouverture du Douglas non seulement pour évacuer, comme je viens de le dire, des collections pelviennes, mais encore pour l'ablation de kystes ovariques assez volumineux, pour faire l'oophorectomie normale, pour opérer le prolapsus des annexes, et enfin pour détacher des adhérences utérines postérieures, et maintenir la réduction de l'utérus moyennant de gros tampons. Nous avons eu dans cette voie des résultats fort encourageants.

Quant aux autres opérations, que l'on peut appeler de petite gynécologie, je me bornerai à dire quelques mots en me rapportant pour cela aux chiffres déjà indiqués.

Un tiers des cas d'amputation du col de l'utérus comprend des affections malignes où l'on eut le 5 pour cent de mortalité prochaine, tandis que dans les deux autres tiers on n'eut point de mortalité.

Dans les 60 cas d'extirpation de tumeurs polypeuses de l'utérus, on n'eut jamais ni hémorrhagies, ni infection, ni décès.

Pour les colporrhaphies antérieures et colpo-périnéorrhaphies nous avons suivi de préférence le procédé de Hegar. Sur les résultats éloignés des cas opérés de cette manière, on peut seulement dire qu'on n'eut que trois récidives, et cela même quelques années après l'opération.

L'opération d'Alquié-Alexander qu'aujourd'hui, peut-être à tort, on laisse tomber dans l'oubli, nous a donné des résultats relativement bons. Sur 36 cas, dans un on n'a pas eu de résultat à cause d'anciennes adhérences; dans un autre, le ligament rond gauche ayant échappé avant qu'on eût pu le lier, la correction ne fut que partielle et unilatérale; et enfin dans un troisième cas on ne put compléter l'opération, n'ayant pu trouver dans le canal inguinal le bout du ligament. La correction a été complète dans les 33 cas qui restent, et on l'a constatée permanente pour plus de la moitié des opérées qu'on a pu revoir.

On n'a pas eu l'occasion d'enregistrer un seul décès sur 191 cas de dilatation du canal cervico-utérin et sur 1084 cas de curettage de l'utérus pour endométrites de différentes espèces et de néoplasies malignes, et ce n'est que rarement que nous avons observé des phénomènes aigus, fébriles, qu'on pouvait facilement arrêter, et cela seulement dans des cas où il préexistait des lésions concomitantes des annexes.

En communiquant ces quelques notes statistiques, accompagnées de courtes considérations aux honorables membres de ce Congrès, je n'ai eu d'autre but que de rappeler l'attention de tant d'éminents gynécologues sur l'existence de l'hôpital « Maria Victoria » de Turin, qui, quoique de fondation très récente et pourvu de moyens plutôt limités, a été à même de récolter une riche moisson clinique et de parcourir un long chemin en peu d'années.

LES COURANTS ÉLECTRIQUES DANS LE TRAITEMENT DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES.

Par le Dr **Chamoin** (de Paris).

Une pratique déjà longue me permet d'affirmer hautement l'utilité des applications électriques dans les déviations utérines en général, et leur réelle efficacité en particulier dans le traitement des rétroversions et des rétroflexions.

Quand il s'agit de *rétrodéviations récentes*, *mobiles*, les applications électriques sont tout indiquées : elles prennent le pas sur l'intervention chirurgicale. On les accompagne alors, bien entendu, du traitement médical et hygiénique approprié; on les fait procéder, en tant que besoin, des manœuvres utiles, plus particulièrement du taxis; on conseille à la malade une position du corps telle que le déplacement utérin ait par ce seul fait tendance déjà à se réduire; et dans ces cas, les électrisations bien conduites, appliquées avec toute la patience et la persévérance désirables, donnent les meilleurs résultats. Entre des mains quelque peu expertes elles ne se bornent pas à être palliatives, elles amènent dans la statique utérine, de même que dans l'endolorissement ou l'hyperesthésie de l'organe dévié et des organes du voisinage, une modification d'état, se traduisant par un soulagement intime et un bien-être que la malade regarderait volontiers trop vite comme une guérison définitive. — Ce prompt résultat favorable, qui marque si heureusement la première étape du traitement électrique, ne saurait être durable qu'à la condition d'une persévérante continuation de soins dont le médecin seul, bien entendu, mesurera le temps de prolongation. — On pourrait, dans cette première catégorie de cas, joindre l'emploi d'un pessaire approprié, mais je dois à la vérité de déclarer que chez les malades assez nombreuses que j'ai eu à traiter, je m'en suis toujours dispensé.

En présence de *rétrodéviations adhérentes et anciennes*, les électrisations, même les mieux conduites, ne peuvent amener aussi facilement, cela se comprend, une modification dans l'état et la position de l'utérus, bien qu'on doive encore retirer de leur emploi un très grand soulagement. Ici, leur rôle est plutôt secondaire. Aussi

devront-elles être précédées, autant que possible, d'une intervention chirurgicale appropriée (et, cela va sans dire, variable selon les cas), destinée à libérer l'utérus et à le placer, d'une manière stable, dans la position la plus voisine de la normale. Mais, dans ces cas plus complexes et plus difficiles, les applications électriques deviennent très utiles encore comme complément du traitement chirurgical.

Elles ont pour effet de s'opposer à une rechute en combattant l'atrophie des ligaments ronds étirés, allongés, affaiblis par la plus ou moins longue durée de la rétrodéviation. Non seulement elles relèvent la tonicité des ligaments antérieurs, consolident et fortifient les plans musculaires relâchés, distendus, mais elles peuvent porter également leurs effets sur la paroi utérine antérieure elle-même et contribuer à assurer le redressement de l'organe. — Enfin, et ce qui n'est pas à négliger, les applications électriques, tant internes qu'externes, soulagent notablement cette sensation particulière de tiraillements pénibles dont les lombes et le bas-ventre sont le siège, de même que ce sentiment de défaillance périnéale qui affecte bon nombre de rétrodéviées.

Les courants électriques que j'emploie dans le traitement des rétrodéviations sont, suivant les cas, ou faradiques ou continus, voire même statiques.

Souvent il est bon de faire appel successivement à ces divers courants ou de les utiliser alternativement. Si, en effet, la faradisation, sous forme de courant de tension, convient surtout contre l'élément douleur, c'est au courant de quantité qu'on doit recourir pour ranimer la contractilité musculaire.

D'autre part, on trouve dans l'électrolyse intra-utérine un agent excellent pour combattre la métrite dont se doublent si fréquemment les rétrodéviations et il devient possible avec certaine électrode spéciale, isolée sur l'une de ses faces, d'en localiser l'action sur la paroi antérieure, d'où l'on tire profit pour le redressement de l'utérus. — Enfin, j'emploie entre temps, avec un sérieux avantage, l'électricité statique dont les diverses modalités s'adaptent remarquablement aux troubles nerveux multiples, protéiformes, que revêt la neurasthénie, à l'évolution de laquelle les rétrodéviations se prêtent si complaisamment.

La technique des diverses applications électriques est ici relativement facile bien que toujours délicate. Je dois renoncer à en exposer les détails dans une note aussi restreinte. Je me bornerai à dire que, pour les courants continus, je place toujours l'électrode

positive dans la cavité utérine, la négative étant appliquée transversalement et assez largement sur le bas ventre, en couvrant les orifices inguinaux de chaque côté. L'emplacement réciproque des électrodes de faradisation n'a pas la même importance et je les alterne fréquemment. Je me trouve bien d'employer pour la faradisation une électrode externe bifurquée, c'est-à-dire à deux tampons s'appliquant à chacun des orifices inguinaux. — Dans tous les cas, je m'entoure de toutes les précautions antiseptiques de rigueur.

Inutile, je pense, d'ajouter que les applications électriques dans le traitement de rétrodéviations, au moins autant que dans les autres affections justiciables de l'électrothérapie, réclament un grand sens clinique de la part du médecin et doivent être utilisées avec le plus grand discernement.

CONCLUSIONS

J'applique avec succès l'électricité sous ses trois formes médicales les plus usuelles, faradisation, courants continus, électricité statique, au traitement de rétrodéviations.

Les courants, employés concurremment avec les moyens médicaux et hygiéniques habituels, *dispensent généralement de toute opération* dans les rétrodéviations récentes et mobiles : la femme y trouve un soulagement rapide et une véritable consolidation des ligaments et des plans d'appui relâchés et distendus.

Ces mêmes courants sont un complément très utile de l'intervention chirurgicale dans les rétrodéviations anciennes et adhérentes. Elles contribuent puissamment, dans ces cas, à écarter le danger des rechutes.

Enfin, il est bon de remarquer que les femmes nerveuses, ou plus ou moins neurasthéniées par le déplacement de leur utérus, trouveront dans l'électricité le grand et souverain remède à la plus grande partie de leurs souffrances.

Je dois ajouter qu'il faut que l'électricien gynécologue soit doublé d'un clinicien éprouvé, et je déclare que les applications électriques ne pourront donner toute la mesure de leur efficacité qu'à la condition d'être faites avec une asepsie parfaite.

DES ABCÈS DE L'OVAIRE

Par M. **De Vos** (de Bruxelles).

Sous le nom de phlegmasies péri-utérines on comprend non seulement la suppuration du tissu cellulaire pelvien, mais encore celle des annexes de l'utérus et du péritoine qui l'entoure. Nous avons voulu, en réunissant une vingtaine de cas d'abcès de l'ovaire, observés dans le service de notre maître, le Dr Jacobs, voir la part qui revient à ces derniers dans l'éclosion des inflammations pelviennes.

Les abcès primitifs de l'ovaire sont rares, et peuvent se rencontrer lors de l'évolution de certaines fièvres exanthématiques, comme la variole, la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde, ou à la suite de grippe, d'oreillon, de tuberculose.

D'ordinaire toutefois les abcès sont secondaires; il y a extension de l'inflammation d'origine utérine vers la trompe, puis vers l'ovaire; ou bien l'infection se fait par les lymphatiques, par le passage des agents pathogènes à travers la muqueuse utérine.

Jadis on regardait les abcès de l'ovaire comme une affection très rare et on allait jusqu'à prétendre que tous les cas cités dans la littérature n'étaient que des paramétrites ou des kystes suppurés. L'abcès ovarique souvent méconnu est au contraire plus fréquent qu'on ne le croit et peut s'observer à tout âge. C'est ainsi que dans nos 20 cas :

L'abcès de l'ovaire s'est déclaré une fois chez une femme en ménopause.

4 fois au delà de 40 ans.

14 fois de 20 à 35 ans.

1 fois à 17 ans.

Les abcès de l'ovaire se rencontrent soit au cours de l'état puerpéral, soit en dehors de cet état.

Dans les cas d'infection puerpérale, la cause de l'abcès ovarique sera soit une déchirure du col, soit une rétention placentaire, toujours on se trouvera en présence d'un terrain propice à l'afflux et à l'accumulation des agents pyogènes. Ce foyer d'infection primitif constaté, l'absorption se fera par les vaisseaux et principalement par

les lymphatiques. D'après Bonnet et Petit, la suppuration de l'ovaire débuterait, en effet, dans les ovisacs et dans les espaces lymphatiques.

En dehors de la puerpéralité l'infection par le gonocoque est manifestement la plus fréquente. Ici elle se propage par continuité de surface, de la muqueuse utérine par les trompes vers l'ovaire. Mais outre que celui-ci par le ligament tubo-ovarien est en rapport de continuité avec les muqueuses tubaire et utérine et permet l'extension directe de l'infection, par le fait des phénomènes d'ovulation dont il est le siège, l'ovaire présentera toujours au niveau de la rupture du follicule une voie d'invasion pour les micro-organismes.

Les cas d'abcès ovariques observés par nous se rapportent tous à ces deux variétés.

L'origine franchement blennorrhagique était indéniable chez 5 de nos malades. Chez 8 la cause était une fausse-couche ou une rétention placentaire.

Dans 7 cas nous avons eu en quelque sorte une infection mixte, c'est-à-dire que la fausse-couche, point de départ de l'abcès ovarique, était imputable à des lésions utérines par suite de blennorrhagie antérieure.

Là où du pus a pu être recueilli au cours de l'opération, chaque fois nous en avons fait un examen microscopique à l'état frais, et des ensemencements sur divers milieux de culture ; de plus une inoculation du pus était faite dans la cavité péritonéale du cobaye.

Dans les cas apyrétiques où la fièvre avait disparu, nous n'avons guère rencontré de micro-organismes dans le pus.

Dans 4 cas, qui se sont terminés par la mort, nous avons rencontré 3 fois le streptococcus pyogène à l'état de culture pure ; et une fois nous avons constaté la présence d'une bactérie à bouts carrés, ne présentant pas de spores à l'intérieur, et formant des filaments allongés rappelant la bactérie charbonneuse, mais qui s'en séparait totalement par ses caractères morphologiques et ses caractères de culture.

Dans un 5[e] cas, qui s'est également dénoué d'une façon malheureuse pour la malade, nous avons rencontré un diplocoque en capsule, d'une virulence telle qu'il tuait le cobaye en moins de 24 heures.

C'est là un fait rare, vu que Zweifel, Froment et von Rosthorn seuls ont trouvé des « kapselkokken » dans le pus de pyosalpinx.

Ajoutons que notre diplocoque ne se colore pas au gram, que les cultures ne liquéfient pas la gélatine et que sur gélose on obtient des colonies brillantes, hyalines, tous caractères le rapprochant du pneumocoque.

Dans 5 autres cas nous avons eu affaire à des staphylocoques, une fois le staphylocoque était associé à un petit bacille à bouts effilés et se colorant au gram, mais que nous n'avons pu déterminer. Le gonocoque n'a pu être décelé dans le pus de ces abcès, ni dans les coupes de leurs parois.

L'abcès ovarique siège, ainsi qu'il résulte de mon observation, indifféremment soit à gauche (dans 10 cas), soit à droite (dans 9 cas). Dans un cas nous avons rencontré la suppuration des 2 ovaires à la fois.

Les ovarites suppurées peuvent affecter 2 types différents. Dans l'un on a une ovarite parenchymateuse mixte ; la suppuration est disséminée dans tout le tissu ovarique. On y rencontre des foyers purulents de la grandeur d'une fève à celle d'un marron. De plus l'ovaire est recouvert de fausses membranes qui l'unissent aux organes voisins. C'est le type d'ovaire suppuré que l'on rencontre dans les cas d'infection blennorrhagique.

L'ovaire dans ce cas atteint le volume d'un œuf de poule à celui d'une mandarine.

Le deuxième type résulte presque toujours d'une infection puerpérale, la substance ovarique a subit ici une fonte purulente, les divers foyers d'abcèdation se sont réunis pour n'en former qu'un seul.

Ces abcès atteignent le volume d'une tête de fœtus et plus.

Les fausses membranes résultant des poussées de pelvi-péritonite entourent et recouvrent non seulement l'ovaire, mais encore les trompes, l'utérus et les ligaments larges. On a ainsi une cavité de nouvelle formation de laquelle, par suite de distension des parois de la coque et sa rupture, le pus peut s'épancher.

Ces fausses membranes constituent le plastron abdominal qui a été jadis l'objet de nombreuses discussions de la part des pathologistes.

Les parois d'un abcès de l'ovaire ont une épaisseur très variable, la coque peut avoir de deux milimètres et moins à un centimètre.

Dans deux cas d'abcès centraux les parois avaient plus de deux centimètres d'épaisseur.

Quant à la constitution de ces poches, nous avons au centre une couche embryonnaire riche en leucocytes et globules de pus, puis

une zone fibreuse assez dense, enfin la partie externe est une couche cellulo-vasculaire où nous pouvons retrouver, par endroits, les éléments constitutifs de l'ovaire, à savoir : des vésicules germinatives, des débris de corps jaunes ou des follicules ovariques.

Généralement on s'accorde à reconnaître un début insidieux avec lésion inflammatoire des annexes, tant que le péritoine annexiel n'est pas atteint.

Dans la presque totalité de nos observations, les malades ne pouvaient nettement préciser le début du mal.

Une fois, chez une femme syphilitique, nous avons assisté à l'éclosion d'une inflammation annexielle bilatérale avec abcès ovarique droit, qui en trois semaines de temps avait acquit des caractères d'une exceptionnelle gravité. Ce qui tendrait à faire admettre un mode de propagation plus rapide dans certaines origines infectieuses spéciales.

Toutes les malades se plaignent de douleurs lombaires et pelviennes surtout accusées du côté où siège l'abcès ovarique et pouvant s'irradier jusque dans le membre inférieur correspondant.

Chez toutes, certaines fonctions, comme la défécation et la miction, sont douloureuses.

La fonction menstruelle reste assez régulière, seulement les règles sont douloureuses, et généralement plus abondantes même après des curettages réitérés faits antérieurement, comme nous avons pu le constater. L'aménorrhée est l'exception.

Quant aux écoulements utérins, pertes blanches, glaireuses ou purulentes, ils ne paraissent pas liés aux lésions des annexes, mais à l'endométrite coexistant presque toujours.

Donc en dehors des renseignements fournis par l'exploration directe, le toucher vaginal notamment, il n'existe aucun symptôme rationnel permettant d'affirmer une lésion inflammatoire des annexes, un abcès de l'ovaire.

Les symptômes, ainsi que le dit très bien Schauta, se résument en : fièvre, sensibilité au niveau de la fosse iliaque, augmentation de volume d'une tumeur siégeant sur les côtés de l'utérus.

Ce sont là surtout des phénomènes communs, sinon à toutes, au moins à la plupart des affections péri-utérines.

Ce qui plaide en faveur de l'abcès de l'ovaire c'est la délimitation bien nette d'une tumeur arrondie, occupant un des culs-de-sac latéraux et une partie du Douglas, séparée de l'utérus par un sillon net, ne jouissant d'aucune mobilité, et remontant parfois du côté de

l'abdomen jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le pyosalpinx se reconnaît à sa forme irrégulière, allongée, ayant son siège dans le Douglas, ainsi que par l'augmentation de volume de la trompe au niveau de l'isthme.

Dans les cas de paramétrite nous avons une tumeur, qui englobe l'utérus et les annexes et semble se continuer latéralement avec les parois du bassin.

Dans les cas fréquents où la trompe et l'ovaire sont le siège de suppuration et reliés parfois intimement par des adhérences nombreuses, il sera fort difficile de préciser le diagnostic.

Rappelons que pour Sänger l'abcès ovarique sans pyosalpinx ou ovaire lésé uni-latéralement, est un fait rare. Nous partageons absolument cette manière de voir et toujours nous avons rencontré à côté de l'abcès ovarique sinon un pyosalpinx, au moins des lésions fort étendues des trompes, des endo et mésosalpingites, parfois les lésions décrites par Schauta sous le nom de salpingite noueuse.

Parmi les complications des abcès de l'ovaire, nous avons d'abord la rupture de la poche purulente dans l'abdomen, pouvant amener ainsi que nous l'avons observé une terminaison fâcheuse à courte échéance par péritonite aiguë.

L'abcès peut encore s'ouvrir dans la vessie, ou bien se faire jour dans le vagin et entretenir des fistules intarissables.

De même l'abcès peut fuser vers le rectum ; c'est là une complication qui doit être fréquente et nous échappe parfois.

A titre d'intérêt je cite un de nos cas où l'abcès de l'ovaire et de la trompe communiquait avec un abcès de l'épiploon.

Comme nous venons de le voir le danger dans les suppurations de l'ovaire siège dans la rupture possible de l'abcès et l'épanchement de pus dans la cavité péritonéale.

Quelle sera la ligne de conduite à adopter dans le traitement des abcès de l'ovaire ?

L'intervention sera-t-elle partielle ou totale ?

En cas d'intervention partielle quelle voie suivre ?

L'intervention partielle ne pourra jamais venir en cause que dans les cas d'abcès ovarique de nature puerpérale. Deux voies se présentent : la voie abdominale et la voie vaginale.

Les partisans de l'ouverture du ventre disent que c'est la voie qui permet de se rendre compte de visu de l'étendue des lésions.

Mais sans parler du danger de la cicatrice abdominale, rappelons

la possibilité de l'épanchement de pus dans le ventre par rupture de l'abcès au cours des manœuvres d'extraction.

De plus il est incontestable que le shoc opératoire est bien plus violent après une cœliotomie qu'à la suite d'une intervention vaginale.

Ainsi nous avons 3 laparotomies avec 1 guérison et 2 décès. Pour nous, nous préférons dans les cas de lésions uni-latérales, la colpotomie. Après décollement de l'utérus du rectum, on arrivera sur la poche purulente dont on tâchera de faire l'extraction. Si on n'y parvient pas, on rompera la poche purulente, on fera un lavage adondant à l'eau stérilisée et on drainera le Douglas au moyen de gaze aseptique. Nous avons fait ainsi une élytrotomie postérieure pour abcès ovarique droit d'origine puerpérale, et la malade est complètement guérie.

Dans les cas de bilatéralité des lésions, ce qui est la caractéristique de l'infection gonorrhéique, la méthode de choix est la castration vaginale totale.

16 castrations totales ont été faites avec 13 guérisons et 3 décès.

OSTÉITE TUBERCULEUSE DU PUBIS. DOUBLE SALPINGITE SUPPURÉE DE MÊME NATURE, COMPLIQUÉE DE FISTULES OUVERTES. AU PLI DE L'AINE A DROITE ET AU NIVEAU DU TRIANGLE DE SCARPA A GAUCHE. PHTISIE PULMONAIRE COMMENÇANTE

Par M. le Dr **G. Coromilas** (de Calamata).

Mme Th... K... Calamata (Grèce), secondipare. Réglée régulièrement à 15 ans, mariée à 21 ans.

Premier accouchement en 1881, sans difficulté ni fièvre pendant les suites de couches, ni d'autres phénomènes inflammatoires. Elle allaita son enfant qui mourut de convulsions à l'âge de dix mois; la menstruation reparût après quelques mois pour disparaître de nouveau au mois de mai 1893, époque où la deuxième grossesse eut lieu.

En novembre 1893, prise de fièvre intermittente tous les 3 à 8

ou 10 jours, elle ne voulut consulter aucun médecin ni prendre de quinine à cause du préjugé qu'on a sur ce médicament pris pendant la grossesse, mais elle s'administra seulement quelques remèdes empiriques. Cet état continue jusqu'au 2 février 1894 où le deuxième accouchement eut lieu à terme sans l'assistance d'aucun médecin.

Pendant les derniers mois de cette grossesse elle sentait des douleurs dans le bas-ventre, surtout pendant les accès de fièvre, et des douleurs lancinantes dans les os qui plusieurs fois l'obligèrent à s'aliter.

Par le fait d'un tremblement de terre, survenu 24 heures après son accouchement, la malade se leva et courut six à sept mètres.

Le lendemain, fièvre intense qui céda à l'usage de la quinine (selon le dire de la malade). Aucun médecin ni sage-femme ne lui firent des injections antiseptiques, pas même intravaginales. Le 12me jour elle se leva, reprit ses occupations et allaita son enfant. Le 30me jour elle se sentit indisposée, douleurs dans le bas-ventre, surtout dans les régions des aînes, inappétence, sueurs quelquefois pendant la nuit.

Le 50me jour il survint une douleur violente dans la cuisse gauche, avec irradiation dans la jambe.

Le 51me jour elle souffre de la fosse iliaque droite, au-dessus du pubis et à la surface interne et supérieure de la cuisse droite; les charlatans l'avaient traité en frictionnant les parties malades avec divers onguents et en appliquant des cataplasmes, jusqu'au moment où ils avaient constaté dans le pli de la cuisse droite une tumeur qui s'ouvrit toute seule le 71me jour. Alors un médecin appelé la traita pendant quatre mois, mais ne réussit pas à améliorer son état.

Le 15 novembre 1894, c'est-à-dire dix mois après son dernier accouchement, je fut appelé auprès d'elle.

Je la trouvai fiévreuse, pâle, maigre, nerveuse, le pouls est fréquent, filiforme, les moindres mouvements sont douloureux, elle ne peut se retourner sur le côté sans ressentir de fortes douleurs et sans le secours de quelqu'un.

Le 18 au matin deuxième visite; j'examinai la malade à nouveau.

La face était pâle-terreuse, les yeux enfoncés, la peau peu chaude et couverte de sueurs, la muqueuse des yeux, des lèvres et de la langue blanchâtre.

Frissons répétés tous les jours, depuis des mois.

Souffle anémique cardiaque et artériel. Elle tousse un peu.

A la percussion on trouve de la sub-matité des régions sus et sous-claviculaires gauches, l'expiration est longue, rude, il y a quelques rales à la base. Au poumon droit on entend des rales humides disséminés. Pas d'hémoptysie.

Le foie et la rate sont peu congestionnés et dépassent à peine les fausses côtes.

Les urines sont normales, pas d'albumine ni de sucre.

L'hypogastre est un peu douloureux à la pression ainsi que le pubis.

L'utérus, hypertrophié est repoussé en haut et en avant, appliqué contre la symphyse pubienne, il est douloureux à la pression et à chaque mouvement, ce qu'expliquent les adhérences des annexes.

Au milieu du pli de l'aîne droite existe une fistule que le stylet nous montre dirigée de bas en haut et de dehors en dedans. Le stylet se bute sur un point du pubis qui paraît être dénudé.

A gauche. Le pli de l'aîne est sain; presque au milieu et en avant du triangle de Scarpa je constate une petite bosselure peu fluctuante. Un doigt et demi en arrière et un doigt au-dessous de cette bosselure existe une deuxième fistule, d'où sort un liquide séro-purulent. Le trajet en est oblique de bas en haut, de dehors en dedans et d'arrière en avant.

Je fis des injections intra-fistuleuse et un pansement antiseptique.

17. Le soir, frisson, temp. 39°7. Le stylet permet de sentir au fond de la fistule droite, des os nécrosés et je retire quatre séquestres au moyen d'une pince de Péan.

Le 18. Matin, temp. 38°, soir frisson, temp. 39°8.

Le 19. Matin. L'état général s'affaiblit de jour en jour, elle a des sueurs nocturnes et les douleurs dans le bas-ventre l'empêchent de dormir.

L'histoire de la malade, son état général, les phénomènes et symptômes et les légions pulmonaires, non-équivoques, m'ont fait penser plutôt à une altération tuberculeuse du pubis et des annexes de l'utérus qu'à toute autre cause. Les parents ainsi que l'état général de la malade ne permettent pas que je fasse une opération. Je me souvins alors du bon résultat observé chez d'autres malades et je décide de lui faire des injections intra-fistuleuses avec de la solution suivante :

Résorcine	4	parties.
Camphre	5	»
Huile d'olive . .	10	»
Sulf. de Carbone	12	»

M. D. usage externe.

J'injecte dans les fistules 10 à 15 grammes tous les trois ou quatre jours, et je prescris à l'intérieur tous les matins, la quinine et des solutions anti-tuberculeuses.

Le soir, frisson, temp. 39°8. Je passe dans la fistule droite une sonde élastique N°8, au moyen de laquelle il m'est possible d'introduire dans les cavités 12 à 15 grammes de la solution anti-tuberculeuse, qui est laissée en place, en retirant la sonde.

Le 20. Le stylet est introduit dans la fistule qui dégage une odeur de sulfure de carbone.

Le 21. Au matin, temp. 37°4, soir temp. 38°6. Après un lavage antiseptique je fis une deuxième injection intra-fistuleuse de la même solution.

Je continue les mêmes injections et le même traitement jusqu'à la disparition des fistules.

Le 18 octobre 1894. La malade a repris des forces et peut faire petit à petit ses occupations.

Les règles reparurent trois mois après, tous les trente à trente-cinq jours, sans douleurs, en petite quantité et d'une couleur rouge foncée.

Octobre 1895. Elle se porte bien, le ventre n'est pas ballonné ni douloureux à la pression, l'utérus est mobile et n'est pas douloureux dans aucun sens.

Les sept premiers jours du Carême, elle avait fait *maigre*, vers le milieu de la semaine [1], se déclara une fièvre continuelle, la toux devint très forte et opiniâtre. La malade avait vu rouvrir la fistule du triangle de Scarpa, ce qui ne l'inquiétait pas, puisqu'elle ne sentait pas de douleurs, il n'y eut, du reste, que trois à quatre gouttes de pus en vingt-quatre heures. Elle me fit appeler au mois d'avril, pour sa toux. En l'examinant je ne constatai du côté du thorax que quelques rales humides. La fistule du triangle de Scarpa avait le même trajet que la première fois, je fis des injections intra-fistu-

[1] Faire maigre chez les Orthodoxes, veut dire ne manger que du pain, des olives et des légumes cuits à l'eau, sans addition d'aucun corps gras.

leuses ; mais quelques jours après je fus atteint d'une pneumonie et j'ajournai les autres injections jusqu'au 15 mai.

Le 17 mai. Injection anti-tuberculeuse.

20 » Injection de la solution anti-tuberculeuse.

21 » Elle se plaint d'une douleur caustique, sans pouvoir indiquer la région.

23 » Injection anti-tuberculeuse, elle continue à prendre des médicaments anti-tuberculeux, la toux a disparu complètement.

Les 25-28 mai. Injections intra-fistuleuses.

29-30 » La fistule s'est fermée.

Le 7 juin. La malade se porte bien.

Depuis 50 jours les règles n'ont pas reparu.

CONCLUSIONS

L'observation que je viens de décrire m'autorise à conclure :

1° Que chez cette malade, la salpingite double et suppurée était de même nature que l'ostéite tuberculeuse qui existait simultanément au niveau du pubis ;

2° Que ces sortes de salpingites, même lorsqu'elles sont compliquées de fistules, peuvent être avantageusement traitées par les injections de sulfure de carbone mélangée au camphre et à la résorcine ;

3° Que l'action de ses médicaments, dont j'ai constaté depuis plusieurs années l'efficacité dans le traitement de la phtisie pulmonaire, favorise davantage la guérison lorsqu'ils sont injectés par les trajets fistuleux jusqu'au centre du foyer morbide et qu'ils sont prescrits en même temps à l'intérieur sous forme de boissons.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES ANTÉFLEXIONS UTÉRINES

Par M. le Dr **Pecker** de Maule (S. et O.).

Ire Observation.

Entéroptose. — Antéflexion. — Ovaire dans le cul-de-sac du Douglas. Col infantil, ligaments utéro-sacrés raccourcis, particulièrement celui du côté droit.

La mère de la malade ainsi que ses frères et sœurs sont porteurs d'un goître fibreux peu considérable. Personnellement la malade jusqu'au jour de son mariage était toujours bien portante et fut réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans.

Au bout de six mois de mariage la malade commence à souffrir, elle accusait à ce moment des migraines, accompagnés de vomissements, des douleurs dans le ventre et des crampes d'estomac.

Toujours constipée, jamais une selle libre.

Pertes blanches, troubles de la miction, la malade urinant en plusieurs temps. Cet état dura cinq ans et pendant ce temps elle fut toujours soignée comme dyspeptique.

Nous la voyons pour la première fois en juin 1896.

A ce moment elle était très pâle, la marche la fatigue, ses chevilles sont enflées, les troubles de la miction persistent ainsi que les douleurs du bas-ventre, les pertes blanches la tourmentent ainsi que la constipation.

L'appétit manque et le peu qu'elle mange lui occasionne des douleurs et des crampes d'estomac. Ayant constaté l'antéflexion, nous lui conseillons une ceinture hypogastrique et l'hydrothérapie.

Dès que la malade a mis la ceinture, elle dit être dans un autre monde, et au bout d'une quinzaine de jours ses douleurs du bas-ventre ont disparu, l'appétit est revenu, les selles se sont régularisées, l'enflure a disparu.

Mais comme cette malade est stérile et que les douleurs du ventre reparaissent quand elle descend les escaliers (en montant elle ne souffre pas), nous prions notre cher et excellent maître, le Dr Schwartz, d'examiner la malade. Le Dr Schwartz trouve les ligaments utéro-sacrés tendus, il ne restait qu'à les élonger pour remettre l'utérus à sa place normale, ce qui fut fait séance tenante par l'introduction successive de bougies de Hegar dans la matrice et par la mise en rétroversion de l'utérus.

Cette intervention gynécologique fut très simple, car aucune adhérence n'existait, l'utérus est revenu à sa place normale ainsi que l'ovaire droit qui occupait primitivement le Douglas.

Les ligaments utéro-sacrés se sont relâchés, mais celui du côté droit reste toujours un peu plus tendu que le gauche.

Douze jours après l'intervention l'état général de la malade est excellent, elle travaille, marche, monte les rampes et ne souffre plus de son bas-ventre.

IIme Observation.

Entéroptose. — Antéflexion. — Ovaire droit enclavé dans le Douglas.

Madame D..., âgée de 24 ans, antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier.

Réglée à 13 ans ; les règles d'une durée de cinq jours furent toujours régulières, pas d'enfant, pas de fausses couches.

A l'âge de 15 ans la malade a eu une péritonite qui sembla être provoquée par un refroidissement, la malade s'étant assise sur une pelouse arrosée par une pluie abondante.

Les accidents de la péritonite survinrent une douzaine de jours après le refroidissement et furent précédés de quatre à cinq jours par une crise des nerfs provoquée par une contrariété. La malade reste six semaines au lit à cause des douleurs atroces, à partir de ce moment elle ne cesse pas de souffrir. La souffrance s'accentuait surtout du côté gauche mais depuis deux ou trois ans elle fut remplacée par celle du côté droit.

La malade nous consulte pour la première fois au mois de mai 1895 pour des vomissements et différents troubles digestifs et nerveux (constipation).

La malade n'acceptant pas l'examen vaginal, nous nous sommes contenté d'un traitement symptomatique qui, d'ailleurs, n'a donné aucun résultat, si ce n'est un soulagement tout à fait passager.

La malade souffrant toujours, elle se décide enfin à nous faire venir et le 9 mars 1896, pour la première fois, nous pratiquons l'examen gynécologique.

On constate une antéflexion très prononcée, l'ovaire droit est enclavé dans le Douglas, on le sent très bien par le toucher rectal.

La moindre pression de l'ovaire lésé arrache des cris à la malade, il est tout à fait immobile.

Au spéculum on constate un col petit, avec un orifice externe régulier sans aucun écoulement.

Les ligaments utéro-sacrés paraissent normaux.

Nous conseillons les lavements et les injections chaudes à 45° ainsi que l'hydrothérapie.

Après ce traitement la malade éprouve un certain soulagement.

Mais comme elle continue à maigrir (20 livres dans le courant de la même année) et qu'elle a des vomissements pour ainsi dire incoer-

cibles, nous la présentons à notre maître le Dr Schwartz qui conseille la dilatation et le redressement par des laminaires, puis par des bougies de Hegar.

Nous pénétrons très difficilement avec une laminaire de 1 ^{mm} $^1/_2$; en les courbant préalablement, les deux bougies successives sont introduites à deux jours de distance.

Mais voyant que l'utérus est toujours immobile, le Dr Schwartz se décide à endormir la malade et mobilise l'utérus à l'aide des bougies métalliques.

Grâce à cette intervention les phénomènes gastriques ont disparu, elle mange et ne vomit plus, mais les douleurs du côté droit persistent quoique nous constations une atténuation progressive.

5 août. Trois semaines après le redressement par les bougies de Hegar l'état général est bon, les vomissements sont rares, il y a encore un peu de constipation et les douleurs de l'ovaire droit sont moins accusées qu'auparavant.

Ayant à soigner deux malades atteintes toutes deux d'une antéflexion utérine et trouvant l'ovaire droit dans la cavité du Douglas, nous avons cherché quel pourrait être le mécanisme de cette luxation ovarienne. Les causes étiologiques de l'antéflexion sont nombreuses, citons d'après Tillaux :

1° L'augmentation du volume de la partie antérieure du corps de l'utérus ; 2° la présence dans le même point d'un corps fibreux ; 3° le raccourcissement des ligaments ronds ; 4° la rétraction des ligaments utéro-sacrés, métrites aiguës ou subaiguës et surtout les périmétrites. Enfin il est indispensable d'admettre un certain relâchement du tissu utérin au niveau de l'union du col et du corps.

Mais si la cause de l'antéflexion est connue, nous ne trouvons pas chez les auteurs l'explication de la présence fréquente de l'ovaire droit dans le Douglas.

L'observation de notre première malade semble fournir la clé de cette anomalie.

Cette malade a son système musculaire lisse très faible, elle est atteinte d'entéroptose. Ses viscères abdominaux mal nourris, lâches, tombent et appuient sur le fond de l'utérus en exagérant et provoquant sa flexion ; le paquet intestinal prolabé, détermine l'inclinaison de l'axe utérin à droite ainsi que la rotation de la face antérieure de même côté.

La démonstration de cette dernière proposition nous semble résulter des considérations suivantes.

On sait que le professeur Tarnier [1] attribue la grande fréquence de la rotation de l'utérus gravide à droite aux attaches du mésentère lesquelles dirigeant les anses intestinales à gauche, obligent l'utérus de se porter à droite.

L'anatomie comparée semble confirmer cette manière de voir et le professeur Tarnier cite à l'appui de sa thèse les observations de Saint-Cyr lesquelles lui ont fait constater que « chez la jument la matrice à mesure qu'elle se développe reste à peu près sur la ligne médiane en se déviant cependant légèrement à gauche à cause des grosses masses du colon qui occupent le flanc droit.

« C'est le contraire pour la vache et les autres ruminants, chez lesquels la présence du rumen dans le flanc gauche reporte très sensiblement à droite la matrice et son contenu. »

Mais si dans la progression ascensionnelle de l'utérus gravide dans la cavité abdominale sa direction est soumise aux attaches du mésentère, on comprend aisément que la descente du paquet intestinal chez les malades atteintes d'entéroptose soit dirigée par les mêmes attaches mésentériennes et que fatalement l'utérus se trouve, de ce fait, reporté en avant et à droite à moins d'une anomalie dans l'insertion du mésentère auquel cas l'utérus devrait être dirigé en sens inverse.

La présence de l'ovaire dans la cavité du Douglas n'est qu'une conséquence fatale de cette situation particulière de l'utérus fléchi.

En effet dirigeons par la pensée l'utérus à droite, tournons le du même côté et fléchissons le ensuite, nous verrons que l'ovaire droit viendra se loger dans le Douglas.

D'ailleurs le professeur Tarnier nous a donné la démonstration anatomique de ce fait en ce qui concerne l'utérus gravide (Tome I, p. 189). « Quand dans une autopsie on enlève la paroi abdominale sans toucher à la matrice, on voit en avant les annexes de l'utérus et l'ovaire du côté gauche, tandis que les annexes du côté droit sont cachées et situées en arrière près de la symphyse sacro-iliaque droite. »

La rotation de l'utérus à droite chez notre malade est incontestable car si la flexion utérine peut être considérée comme provoquée par la pression du paquet intestinal sur le fond utérin ainsi que par la tension des ligaments utéro-sacrés, on sent très nettement le

[1] Tarnier. *Traité de l'art des accouchements.* Tome I, p. 188.

ligament utéro-sacré plus épais et plus court du côté droit que du côté gauche, en d'autres termes la matrice a tourné d'un certain angle autour de son bord comme autour d'un axe vertical.

Donc les malades dont le système musculaire lisse est affaibli, chez lesquelles la matrice est mobile par le fait de l'entéroptose, sont exposées à une antéflexion avec luxation de l'ovaire dans le Douglas. Cette présence anormale de l'ovaire dans la cavité du Douglas chez les constipées habituelles lui fait subir une pression constante, logé comme il est entre l'intestin et la face postérieure de l'utérus, et fait de lui un organe de moindre résistance. Que dans ces conditions survienne une pelvipéritonite comme chez notre seconde malade, tout le cortège des symptômes mentionnés viendra s'ajouter à ceux qui sont propres à l'antéflexion.

On sait également que Schultze après Martin [1] (S. Pozzi 460), a donné une grande importance à la paramétrite postérieure siégeant au niveau des ligaments utéro-sacrés et amenant leur rétraction comme cause pathogénique de l'antéflexion.

L'origine de la paramétrite serait une infection puerpérale ou gonorrhéique. Pour Pozzi la cause de l'antéflexion serait due à une péri-salpingite dont les adhérences fixeraient le col fortement en arrière et feraient basculer le corps en avant en amenant une flexion au niveau de l'isthme affaibli par une métrite concomitante.

Chez les femmes chloro-anémiques atteintes de la maladie de Glénard, la succession des lésions utérines nous semble toute autre.

Le paquet intestinal relâché amène par sa pression sur un organe dont la charpente musculaire n'offre pas une résistance suffisante, sa flexion en avant en exagérant la courbure normale ; nous avons déjà vu que cette flexion est accompagnée d'une rotation de l'utérus à droite, laquelle entraîne l'ovaire droit dans le Douglas.

L'antéflexion provoque à son tour la dysménorrhée, le sang menstruel ne trouvant pas une issue assez libre cherchera à se frayer un passage à travers les trompes [2] (Condamin) en forçant leur ouverture. Une certaine quantité de sang tombe à chaque époque menstruelle dans le petit bassin, les phénomènes réactionnels provoqués par ce sang finissent à la longue par créer une pelvi-péritonite surtout postérieure à cause de la déclivité de la cavité du Douglas et de la présence dans le cul-de-sac d'un organe de moindre résistance

[1] *Traité de Gynécologie.*

[2] *Archives provinciales de chirurgie,* 1896, N° 5, page 253 à 258.

(l'ovaire droit). La pelvi-péritonite ne saurait donc être admise, pour la catégorie des malades dont nous nous occupons ici, comme cause mais comme conséquence de l'antéflexion.

L'infection puerpérale ou gonorrhéique n'étant pas nécessaire à la pathogénèse de l'antéflexion, nous comprenons dès lors que cette affection soit très fréquente chez les jeunes filles et chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants, tandis que la rétroflexion est plutôt l'apanage des multipares. La conclusion qui résulte de cette étude est que l'entéroptose peut être considérée comme une des causes pathogéniques de l'antéflexion avec toutes ses conséquences. Il est tout indiqué chez les femmes de cette catégorie de s'adresser à leur système musculaire lisse. Il faut les tonifier par tous les moyens qui sont à notre disposition, électricité, massage, hydrothérapie, transfusions de sérum artificiel.

En dehors de ce traitement général il est encore indiqué de faire porter à titre préventif, la sangle pelvienne de Glénard.

Mais lorsque l'antéflexion existe sans lésions annexielles et de pelvi-péritonite le même traitement donnera encore de bons résultats, il faudra cependant adjoindre aux moyens précités le redressement utérin par les tiges et le port d'un pessaire.

THE TREATMENT OF SIMPLE AND MALIGNANT GROWTHS OF THE UTERUS AND ADNEXA, BY MEANS OF GLAND EXTRACTS.

By **Robert Bell**. F. F. P. S. G. Senior Physician to the Glascow Hospital for Diseases Peculiar to women.

It is almost incomprehensible that so little has been done towards the elucidation of the pathogenesis of cancer and other morbid conditions, when we recognise the strict laws observed in their invasion. We are thoroughly cognisant of the fact, and have been for ages past, that cancer possessing certain characteristics attacks by preference, with a regularity which is most consistent, particular organs or structures. The affection, moreover, is usually, and in by far the

large majority of instances, unilateral, clearly demonstrating that *cancer in its initial stage is not a blood disease.*

It is not my intention to attempt to clear up the pathogeny of malignant disease, even if I were competent to do so, my object being rather to invite attention to the close pathological relationship which exists between diseased organs and those in physiological sympathy with them. Further, it is not my intention to quote authorities on the subject, but simply to detail my own personal experience, and what may by learned from it.

Is it not a co-incidence which must have some inflexible law lying behind it which renders a woman at a certain age, and living under similar social conditions, more liable to scirrhus of the mamma than those whose sexual organs have been brought into normal activity? The question naturally arises, why does not *every* woman whose conditions of life have been similar to her more unfortunate sisters, yet who otherwise presents no feature differing from the latter, not develop the same morbid condition? This is a question of the greatest moment and its solution ought surely to follow careful enquiry. The fact remains, that scirrhus of the mamma and carcinoma of the uterus are so consistent in their etiology, that they must of necessity be dependent upon the confliction of physiological laws. It is, however, with carcinoma of the uterus as one of the subjects of this paper that I have more distinctly to deal at the present moment. It is a well-known fact that the development of this disease can certainly by *prevented* if due care is given to the restoration of the health of the cervix, especially where laceration exists. This lesion I consider a most pregnant cause of degeneration of the uterus, which favours the development of carcinoma. This doubtless, is, due to the fact that the lowered vitality of the part has so altered the tissues as to convert them into a suitable nidus for the sustenance and development of the materies morbi. Beyond this there is most probably co-incident, an altered physiological condition of a distant organ or organs which exercise a healthy controlling influence over the tissue affected. Laceration is not, on the other hand, the only morbid condition which favours the development of malignant disease; subinvolution with its accompanying endometritis and general enfeeblement of the organ, is also a powerful factor. It is sufficient to prove this when I state, without fear of criticism, that I have positively seen incipient malignant disease attacking the cervix uteri, and yet this would completely disappear after treatment

directed solely to the primary morbid condition, which was followed by the restoration of the organ to its normal state of health.

I therefore with confidence affirm that even malignant disease in its initial stages may by successfully combated even without constitutional treatment. But when I go further and state that even if the disease has obtained such a hold upon the organ as to preclude the possibility of local treatment being sufficient, restoration to health may by accomplished hy constitutional remedies supplemented by judicious local measures, I feel, at the present state of our knowledge, that I lay myself open to criticism. This, however, I most willingly submit to, at the proofs which I bring forward are ample to make my position impregnable. I have no hesitation in going the length of affirming that were complete removal of the disease can reasonably be expected by surgical measures, the therapeutics which I advocate will prove quite as efficacious, and this without subjecting the patient to mutilation and the unavoidable dangers to life which necessarily attend such operations.

It is quite unnecessary to occupy time by detailing cases which would amply substantiate the position that I have taken up, as these can be produced ad nauseam. Suffice it to say, that *given a case of carcinoma which has invaded the cervix without having affected secondarily the surrounding structures, thyroid gland taken internally together with local treatment, by the curette if necessary, and afterwards by a systematic application of ichthyol conjoined with intra-uterine medication, the disease will disappear in the course of a few weeks.* Even in advanced cases it will be noticeable that the disease is arrested, as indicated by the cessation of the hemorrhage and offensive purulent discharge which previously had been present. But unfortunately, if the surrounding tissues have been invaded, the disease progresses and eventually proves fatal. Such, however, would be the case even if operation were resorted to, so that my position is no worse than that of the surgeon.

So much then for carcinoma of the uterus, and now I come to the treatment of ovarian disease by means of the internal administration of parotid gland. There can be little doubt that considerable advantage is obtained in these affections by the simultaneous application of ichthyol by means of vaginal tampons. Indeed, certain forms of oophoritis and hyperplasia of the organs will speedily disappear under the influence of ichthyol internally administered and locally applied, but the effects are so much more rapid and

consistent when parotid gland is administered, that I have now ceased depending upon the constitutional treatment by means of ichthyol, although I still have recourse to its employment locally.

The experience of myself and others who have adopted the treatment by parotid gland medication has been most satisfactory, and I can confidently assert that where this treatment is conscientiously carried out, the results will prove of te most satisfactory nature. Our hospital statistics prove amply the rapidity with which patients recover from diseases of the ovaries under these therapeutic measures, which cases at one time would have been considered only amenable to operation.

And now, considering for a short time the treatment of fibroids of the uterus by means of mammary gland extract, I can only state that the results have been highly satisfactory though not so uniform as in the case of ovarian disease. On the other hand, where hyperplasia has existed, recoveries have been uniformly of a most satisfactory nature. There can be little doubt that mammary gland administered in from 5 to 10 grain doses three times a day, has acted in a marvellously short time in promoting a speedy return to the normal condition. Menorrhagia and metrorrhagia, frequently accompanied by dysmenorrhoea, have completely disappeared in the course of a few weeks, and when local treatment has simultaneously been adopted the recovery has been proportionately rapid.

It has been my endeavour to state as concisely as possible the results I have obtained, and I earnestly hope that my confrères will give this series of remedies their full, unbiassed, and conscientious consideration, and I trust they will be able to confirm in every respect the experience wich I myself have obtained.

DOSES. *5 grains of dried Parotid 3 times a day.*
5-10 grains dried mammary gland.
5-10 grains dried thyroïd gland.

DOUBLE OVARIOTOMY, FOLLOWED BY PREGNANCY. DOUBLE OVARIOTOMY DURING PREGNANCY. FOLLOWED BY THE BIRTH OF TWINS AT TERM

By **R. Stansbury Sutton.** M. D. L L D. Pittsburg. PA. U. S. A.

On october 18th 1892, Mrs J. R. P., aged 28 years, was admitted to my Private Hospital. She was greatly emaciated and very feeble. Pulse 140. Her abdomen was very large. Diagnosis, Ovarian cystomata.

She was married in 1885, at twenty one years of age; one year latter, in 1886, her only child was born at term. Prior to the birth of this child, her attending physician diagnosed an ovarian tumor lying to the right of the uterus. Six years and seven months intervened between the date of this discovery and her admittance to the hospital.

On october 20th two days after her admittance, I opened her abdomen and removed from the right side a twenty five pounds multilocular ovarian cyst, the pedicle of which, I severed with a Paquelin cautery, the ligature on the stump lying close to the horn of the uterus. From the left side, I removed a multilocular cyst weighing six pounds, and the cautery failing to get hot, I severed the pedicle with a pair of scissors; the ligature on this pedicle also lay close to the horn of the uterus.

The cavity was sponged dry, and the patient elevated to the Trendelenburg position. The wound was long, the abdominal wall exceedingly thin, and the pelvic contents were fully exposed. The uterus was somewhat larger than normal, the pedicle stumps were short, and the ligatures lay close to the uterine cornua. The uterus was retroverted; the fundus was brought forward to the lower angle of the wound, a patch of its peritoneal covering was abraded with the edge of a knife, it was fixed at the lower angle of the abdominal wound with two buried silk worm gut sutures. The wound was closed. The operation occupied twenty five minutes.

The tumor from the right side contained a large amount of colloid material, and this was characteristic of the one on the left side.

To repeat this operation was done on october 20th 1892. On june 10th 1894, she gave birth to a male child, weighing ten and a half pounds. Again, on february 25th 1896, she was delivered of a healthy male child, weighing eight pounds.

Some ovarian tissue must have been left in one of the pedicles, and a tube must have remained patulous, through which the ovum found its way into the uterus.

Prior to the operation, the patient had remained sterile for about six years after the birth of her first child. In this instance, whe have the remarkable paradox that double ovariotomy terminated the sterility.

My opinion is, that in this case, an aberrant patch of ovarian tissue existed at a point close to the uterus, and adjacent to the tube, that the section of both with the scissors brought, the cut surfaces patch of ovarian tissue and tube into juxta position, that the lumen of the tube was not destroyed, and that ova passed from the patch of ovarian tissue into the uterus.

This case has a remarkable bearing on the question of surgical conservatism in dealing with the ovaries. If in this instance, no ovarian tissue had been left, two fine children would not have been born.

This case and the numerous conservative operations, by operators in all lands, urges the necessity, and proves the wisdom of sparing, even a small particle of ovarian tissue, wherever it is possible, and where there exists no contra-indication for such action.

The case has also suggested to my mind, the possibility of ovarian grafting, and the wisdom of doing our cases in pairs- that is, two cases at the same time, in order that we may find in two cases sufficient healthy ovarian tissue to supply both patients, by leaving some healthy ovarian tissue in one and transferring some, by grafting, to the other patient, if necessary.

The second case referred to in the title of this paper now follows :

On February 13th 1893, Mrs D. aged 34, widow for ten years, mother of one child, 13 years old, was sent to me for operation. At her menstrual periods she had cataleptic seizures and frequent attacks of severe pain in the ovarian regions. She was incapacitated

for work, and all remedies had failed to releive her. She stated that her menstrual periods were regular, and that she had menstruated two weeks prior to this date.

Digital examination revealed a linear stricture at the junction of the upper and middle third of the vagina, which arrested the finger. The finger was now transferred to the rectum, and by the aid of the superimposed hand, I made the following diagnosis:

Stricture at the upper third of the vagina.

Lacerated Cervix.

Sub-involution of the uterus.

Chronic Salpingitis and ovaritis.

On the 18th, five days later, I made a very short incision in the median line, and through it, removed the ovaries and tubes. I noted the supposed sub-involution of the uterus, and closed the wound.

The patient recovered promptly, and left the hospital. About ten months after her discharge from the hospital, her attending physician informed me that in just nine months, less forty one days, after the operation, he had attended her in confinement. She gave birth to twins, healthy children.

This case, and others in our literature, proves the tolerance of the pregnant uterus to surgical operations on its appendages. It also proves, that we are not safe in placing too much dependence on the statements made to us by female patients.

The suggestive merits of these cases, I trust, may prove a sufficient apology for presenting them to this learned body of representative gynecologists.

Assemblée générale des Membres fondateurs et Clôture du Congrès.

Dans la même matinée du 5 septembre 1896, les membres fondateurs présents au Congrès se réunirent en assemblée fermée pour discuter certaines propositions, qui devaient leur être présentées. Le nombre total des membres présents est de 30.

M. *Jacobs* propose la fondation d'une Société internationale de gynécologie et d'obstétrique, qui s'occuperait de l'organisation des futurs congrès et dont le nombre des membres serait limité à un nombre à déterminer plus tard.

M. *Péan* propose la discussion immédiate de cette question; l'avenir est aux congrès et il désire maintenir les congrès ouverts à tous, aux jeunes et aux vieux; il est en plus partisan des sociétés ouvertes et les préfère certainement aux sociétés à nombre limité de membres.

M. *Segond* se sépare sur cette question de M. Péan; il croit que l'idée de M. Jacobs est heureuse et qu'elle ne peut qu'augmenter la valeur scientifique de nos congrès; notre société internationale aura certainement davantage de valeur si elle se constitue avec un nombre limité de membres.

M. *la Torre* se prononce aussi en faveur de la création d'une société fermée.

M. *Henrotin* appuie au nom des Américains présents au Congrès la proposition de M. Jacobs et recommande la nomination de délégués de différents pays pour étudier la fondation d'une société internationale de gynécologie et d'obstétrique.

La proposition de M. Jacobs est mise aux voix sous cette forme : Voulez-vous changer le Congrès international de gynécologie et d'obstétrique en une Société internationale plus ou moins fermée ?

Cette proposition est rejetée à une grande majorité.

M. *Bossi* propose de faire admettre dans les futurs congrès l'italien comme *quatrième* langue officielle.

La proposition, mise aux voix, est repoussée à une assez forte majorité.

M. *Bétrix*, secrétaire général, fait la proposition suivante, relative à l'organisation des futurs congrès internationaux. Le comité d'organisation aura à nommer les rapporteurs sur les questions, choisies pour être discutées dans le congrès, environ une année à une année et demie avant la date d'ouverture du congrès; il priera MM. les rapporteurs d'avoir à fournir leurs rapports respectifs environ 3 à 4 mois avant la date du congrès, il fera imprimer lesdits rapports qui, formant le 1er volume des comptes rendus, pourront être envoyés à tous les membres fondateurs et aux membres participants inscrits un mois avant la date d'ouverture du congrès; de cette manière tout le monde aura pu prendre connaissance des rapports officiels avant d'arriver au congrès et leur lecture en séance générale ne sera pas nécessaire; on passera tout de suite à leur discussion. MM. les rapporteurs auront naturellement la parole à la fin des discussions.

Cette proposition est adoptée à la presque unanimité des membres présents.

M. le prof. *Treub* annonce que la société *hollandaise* de gynécologie invite MM. les congressistes à se réunir à Amsterdam pour la 3e session.

La proposition de M. Treub est adoptée par acclamations et l'année 1899 est acceptée comme date du 3e congrès international.

Les questions officielles à l'ordre du jour du prochain Congrès seront:

Pour la gynécologie :

1° Traitement chirurgical des fibromes.
2° Hématocèle pelvienne.

Pour l'obstétrique :

1° Classification des bassins viciés.
2° Détermination de l'axe du bassin.

Puis le bureau du *Comité permanent* est nommé par acclamations et constitué ainsi :

M. le *professeur A. Reverdin,* président.
MM. *A. Bétrix* et *Cordes,* secrétaires.
M. *Jacobs,* trésorier.

Enfin à 11 heures les deux sections ayant terminé leurs travaux, M. le *professeur A. Reverdin*, président du comité d'organisation, prononce pour la clôture du 2e congrès le discours suivant :

Messieurs et très illustres confrères,

Au moment de clore ce congrès, permettez-moi de vous adresser mes remerciements les plus sincères pour les marques de sympathie que vous nous avez prodiguées ; je ne saurais oublier ces belles journées durant lesquelles la tâche du comité d'organisation a été si facilitée par le concours dévoué de vous tous et j'ose espérer que de votre côte vous emporterez de Genève un bon souvenir et l'impression que vos travaux ont fait faire à la science de réels progrès.

Je vous dis au revoir en Hollande et forme le vœu de vous retrouver tous heureux et prospères dans la belle ville d'Amsterdam que votre comité permanent a choisie, sur l'aimable invitation de la Société hollandaise de gynécologie, comme siège du prochain congrès international de gynécologie et d'obstétrique.

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

DES MATIÈRES

TABLE ALPHABÉTIQUE GÉNÉRALE

DES AUTEURS